

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

253

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 mars 1900, à 1 heure

Par RUMPELMAYER (ALFRED)

Né à Nice, le 23 janvier 1871

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Clinique Baudelocque

DES INJECTIONS RECTALES

DE

SÉRUM ARTIFICIEL

CHEZ LES ENFANTS

DANS LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE ET ACQUISE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

WIDAL, {
LEPAGE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 mars 1900, à 1 heure

Par RUMPELMAYER (ALFRED)

Né à Nice, le 23 janvier 1871

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Clinique Baudelocque

DES INJECTIONS RECTALES

DE

SÉRUM ARTIFICIEL

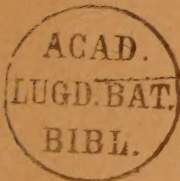
CHEZ LES ENFANTS

DANS LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE ET ACQUISE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

WIDAL, }
LEPAGE, } *agréés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIES DE MÉDECINE

Je veux saluer, ici, selon l'usage, les maîtres éminents de la Faculté et des hôpitaux, qui par leur exemple et leurs leçons, ont façonné mon éducation et mon instruction médicales.

A la Faculté de médecine :

M. le professeur Chantemesse nous a toujours témoigné une large bienveillance. Nous avons écouté attentivement ses leçons et bénéficié de ses causeries si claires, devant le microscope.

M. le D^r Poirier, professeur agrégé, ancien chef des travaux anatomiques, a bien voulu en maintes circonstances, faire preuve à notre égard d'indulgence.

Le cours de M. le professeur Debove est l'un de ceux que nous avons suivi avec le plus d'assiduité et avec le plus vif intérêt.

Dans les hôpitaux :

Dès le début, un séjour dans le service de M. le D^r Reclus, professeur agrégé, nous a permis d'acquérir les premières notions de chirurgie. Nous avons complété ces notions durant notre stage, à l'hôpital Cochin, chez M. le D^r Schwartz, professeur agrégé, où nous avons profité des savantes conférences de M. le D^r Rieffel.

L'année passée dans le service de M. le D^r Troisier, pro-

fesseur agrégé, compte parmi les meilleures de nos études médicales.

Nous avons eu la bonne fortune d'y rencontrer le Dr Fauquez, alors interne du service, dont les conseils nous ont été si utiles et l'amitié précieuse.

Nous devons nommer parmi les maîtres dont le caractère et la science ont laissé en nous une empreinte profonde, M. le Dr Ch. Monod, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Nous sommes fier d'avoir été son élève pendant une année et n'oublierons ni ses leçons, ni son affabilité inaltérable.

Dans les services de M. le Dr Tapret et de M. le Dr Fernet, professeur agrégé, nous avons développé nos connaissances médicales.

A l'hôpital Trousseau :

Dans le service de M. le professeur Lannelongue, la bienveillance de M. le Dr A. Broca, professeur agrégé, a facilité nos études en chirurgie infantile, pour lesquelles M. le Dr Mouchet, alors interne du service, nous a servi de guide amical et savant.

De même le temps que nous avons passé, en qualité d'externe, chez M. le Dr Jalaguier, professeur agrégé, nous a été précieux, bien que d'une durée trop brève. Nous renouvelons à notre maître l'expression de notre sympathie respectueuse.

C'est auprès de M. le Dr Josias, professeur agrégé, que nous avons pu, comme externe, nous initier à la pratique de la médecine infantile et M. le Dr Barbier, médecin des hôpitaux, qui a été, durant quelques mois, chef de service,

par intérim, a continué notre éducation par ses conversations documentées au lit du malade.

M. le professeur Panas, près de qui nous avons été externe à l'Hôtel-Dieu, nous a enseigné avec clarté la science difficile de l'ophtalmologie.

La dernière année de nos études laissera dans notre esprit un souvenir ineffaçable.

M. le professeur Pinard nous a accordé l'honneur si recherché d'une place d'externe dans son service de la Clinique d'accouchements Baudelocque.

Nous ne pourrons jamais oublier les belles leçons cliniques de notre maître où ses idées hautes et généreuses au double point de vue scientifique et social revêtent une forme si éloquente.

Nous nous souviendrons également de tous ceux qui contribuent à faire de la clinique Baudelocque un établissement modèle. M. le D^r H. Varnier, professeur agrégé, Mlle Roze, sage-femme en chef, M. le D^r Wallich, professeur agrégé, et M. le D^r Baudron, accoucheur des hôpitaux.

M. le D^r Funck-Brentano, chef du laboratoire, ex-chef de clinique, nous a mis sur la voie de notre thèse et ne nous a pas ménagé ses indications et ses conseils.

M. le D^r Paquy, chef de clinique, nous a guidé dans notre travail. Nous leur exprimons ici, toute notre reconnaissance ainsi que notre sympathie.

Notre maître, M. le professeur Pinard, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes profondément touché du nouvel honneur qu'il nous accorde.

INTRODUCTION

A la clinique Baudelocque, où nous avons fait notre éducation obstétricale, méthodique et minutieuse, nous nous sommes sans cesse intéressé à tout ce qui concerne l'hygiène et la pathologie du nouveau-né.

Nous voyons appliquer là, depuis longtemps, la méthode qui fait le sujet de notre travail.

Les résultats obtenus nous ont paru si probants que nous avons essayé, encouragé par notre maître, M. le professeur Pinard, de préciser la technique et de développer les indications de ces injections.

L'exposé de nos observations dira, mieux que nous ne pourrons le dire, le résultat de nos essais.

On lira, avant nos propres observations, celles si intéressantes que nous tenons de la courtoise obligeance de M. le professeur Queirel, chirurgien en chef de la Maternité de Marseille, qui, dès le début de 1897, a mis en usage dans son service, les lavements de sérum chez les débiles.

Nous exprimons à M. le professeur Queirel notre respectueuse gratitude.

Il eût été intéressant pour l'affirmation du résultat, de suivre longtemps l'état des enfants, après leur sortie de l'hôpital où ils passent un temps trop court. Mais de réelles difficultés et la mauvaise volonté des mères ont fait constamment obstacle à ce projet.

Nous faisons suivre les observations prises à Baudelocque de quelques autres recueillies au Pavillon des Débiles, à la Maternité ; ce service fondé en 1883 est réservé aux débiles de toute provenance qui peuvent y séjourner un temps indéterminé.

M. le D^r Porak, accoucheur en chef de la Maternité, que nous ne saurions trop remercier de son accueil bienveillant, nous a consenti la faveur d'appliquer, dans ce pavillon, le moyen thérapeutique qui fait le sujet de nos observations.

M. le D^r Durante a droit à toute notre reconnaissance pour sa réelle complaisance à notre égard.

Mme Labat, qui fait preuve de tant de compétence, dans les soins dévoués qu'elle donne aux débiles, daignera accepter ici nos sincères remerciements pour ses procédés si aimables.

Nous avons voulu faire un travail clinique ; mais pour mieux étayer le choix de ce moyen de traitement, pour en faire apprécier toute la valeur, qui pourrait paraître moindre, au premier abord, il nous semble indispensable de donner auparavant quelques notes brèves sur la physiologie des débiles et quelques chiffres de statistique. Nous voudrions, en d'autres termes, montrer la nature du territoire à cultiver, énumérer les moyens de culture dont on a usé jusqu'ici, les résultats généraux obtenus.

Nous dirons ensuite la technique employée et nous développerons les indications.

CHAPITRE PREMIER

Débilité congénitale et acquise.

La femme n'est qu'à moitié mère
pour avoir enfanté.

(MARC AURÈLE.)

Débilité congénitale.— L'état de faiblesse générale de l'organisme qui définit la débilité congénitale, se voit surtout chez les enfants nés avant terme : chez eux les fonctions sont imparfaites, parce que les organes sont inachevés (Marfan).

Mais tous les prématurés ne sont pas débiles.

Ceux qui naissent à la fin du huitième et au cours du neuvième mois, peuvent parfois se développer aussi facilement que les enfants nés à terme. Prématurés accidentels, ils sont nets de toute tare héréditaire : chez eux, aucune lésion n'arrêtera ou ne retardera l'évolution des organes vers la perfection. Ce sont encore ceux pour qui la naissance prématurée est presque providentielle comme les enfants d'albuminuriques qui meurent d'inanition *in utero*, parce que « la surface nutritive du placenta est réduite de plus en plus par les lésions hémorragiques » (Pinard).

D'autre part tous les débiles ne sont pas des prématurés.
Quelques-uns sont venus à terme ; ce sont, en général,

ceux qu'une hérédité fâcheuse a frappés, ceux dont la mère a été atteinte, pendant la grossesse, d'une maladie sérieuse (tuberculose, syphilis, etc.), qui a entravé leur développement sans interrompre la gestation (Marfan).

La loi fixe au 180^e jour la limite minima de viabilité d'un fœtus.

La viabilité médicale est reculée au 210^e jour. Ribemont-Dessaignes (1) cite le cas d'un enfant de 945 grammes, qui a aujourd'hui six ans.

Villemin (2) rapporte le cas d'un enfant né à 5 mois 1/2, pesant 950 grammes et qui a survécu.

Mais ces faits sont exceptionnels.

On admet généralement qu'aux environs du sixième mois, les fœtus ne sont pas viables.

Une raison anatomique et physiologique est péremptoire : l'incapacité des alvéoles pulmonaires à remplir leurs fonctions (3).

A mesure qu'on approche du terme, les chances de viabilité du fœtus augmentent (4).

Mais cette vie conservée est fragile et constitue cet état débile que nous allons analyser :

Guéniot (5) a fort bien décrit l'aspect extérieur des débiles, qui ne trompe jamais un œil exercé. Tout le corps est grêle, la peau mince, privée de son pannicule gras-

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, *Traité d'obstétrique*, p. 146.

(2) VILLEMIN, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895, p. 22.

(3) PINARD, Article « Fœtus » in *Dictionnaire Dechambre*.

(4) Cette vérité un peu simple n'a pas toujours été admise. Une croyance empirique prêtait au prématuré de 7 mois plus de chances de survie qu'à l'enfant né à 8 mois (Ribemont et Lepage).

(5) Sur la faiblesse congénitale, *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 1162.

seux, est d'un rouge uniforme. Le visage est petit, ridé, simiesque, et le menton pointu.

TÉGUMENTS. — Les fonctions de la peau s'accomplissent très mal ainsi que l'atteste la lenteur de la desquamation épidermique, de la chute des poils, de la croissance des cheveux (1).

Pour peu que l'enfant ne soit pas tenu très proprement, la peau des fesses se couvre d'érythèmes, de vésicules, d'érosions, d'ulcérations. Il se produit très facilement des eschares des malléoles et du talon.

Sans insister sur la macération de la peau chez des nouveau-nés syphilitiques, citons encore les ecchymoses fréquentes.

(Œdème et sclérème sont presque constants dans la débilité. Nous reparlerons de l'œdème au sujet de la « circulation ».

Le sclérème se trouve par place aux membres inférieurs surtout et aux fesses.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Les cris sont rares, aigus, monotones. On dirait un pialement de jeune poussin (Guéniot).

La respiration est faible ; les mouvements du thorax peu sensibles à la vue.

Le murmure vésiculaire est à peine perceptible et aux deux bases le son de percussion est plus sourd (Marfan).

La cyanose due à l'insuffisance respiratoire apparaît souvent. Une tétée ou le gavage, ou un cri, lui donnent naissance, et souvent aucun motif apparent.

(1) LE GENDRE, *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, février 1888.

Les infections et surtout la fatale broncho-pneumonie, guettent un poumon aussi imparfait.

On trouve souvent, à l'autopsie d'un prématuré une atélectasie incomplète du poumon, sans aucune autre lésion (Marfan).

CIRCULATION. — Elle est languissante (Le Gendre), le cœur du prématuré bat faiblement.

Il se produit souvent de l'œdème dû à cette asthénie myocardique, œdème qui est une variété de ce qu'on appelle l'œdème des nouveau-nés.

APPAREIL DIGESTIF. — Le débile n'a souvent pas la force de téter. Un des grands dangers qu'il court est celui de mourir d'inanition (1).

Les muscles de la paroi buccale, de la langue et du voile semblent insuffisants.

La déglutition elle-même est souvent difficile.

Les sécrétions digestives imparfaites et peu actives, la musculature gastro-intestinale en état d'asthénie, font que le tube digestif est la partie la plus faible de tout l'organisme; c'est ce qui explique la fréquence des troubles intestinaux même chez les enfants nourris au sein (Vomissements, diarrhée, etc.).

TEMPÉRATURE. — L'hypothermie est un symptôme caractéristique de la débilité. La chute thermique initiale peut être énorme. Dans un cas de Schultze, elle a été de 8°. Dans la débilité congénitale et acquise, les maladies dites fébriles peuvent évoluer sans élévation de température.

Cette hypothermie, qui est un autre des grands dangers de la débilité, tient à plusieurs causes.

(1) LE GENDRE, *loco citato*.

La superficie de la peau étant chez ces enfants, relativement plus étendue, la perte de calorique par rayonnement est plus grande.

La couche sous-cutanée de tissu adipeux étant moins épaisse, s'oppose moins à cette déperdition.

En outre la respiration étant moins active, sa circulation plus languissante, le débile fabrique moins de chaleur.

Poids. — Parmi les signes de la faiblesse congénitale le poids est un important élément d'appréciation.

On a essayé à plusieurs reprises d'établir des catégories, d'après le poids des enfants.

Pour Tarnier et Chantreuil (1) la débilité tient entre 1.000 gr. et 2.000 gr.

Pour M. Marfan (2), le poids varie de 1.000 à 2.000, M. Potel (3) a donné les chiffres de 1.408 gr. et 2.150 gr. comme moyennes correspondant au terme de 6 mois 1/2 et 8 mois.

Nous sommes d'avis que le poids de l'enfant seul, ne suffit pas pour établir des catégories. L'étude de ses antécédents, de son hérédité, doit entrer en ligne de compte.

Tel enfant né à terme pesant 2000 grammes peut ne pas être un débile. Tel autre dépassant ce poids présentera tous les attributs de la débilité.

Depuis longtemps, M. Pinard a montré qu'à côté du poids de l'enfant, il est rationnel et indispensable d'inscrire le poids de placenta et d'en noter les lésions et par

(1) *Allaitement et hygiène des nouveau-nés*, 1888, p. 216.

(2) *Loc. cit.*, p. 382.

(3) POTEL, *De l'accroissement en poids des enfants nés avant terme*, Th. Paris, 1895.

ticularités. La donnée de ce rapport évitera, par exemple, de confondre un enfant débile, avec un nouveau-né appartenant à la « petite espèce ». L'étude des lésions et particularités du placenta, permettra parfois, comme pour le placenta albuminurique, un diagnostic rétrospectif sur la mère, un pronostic plus favorable, en certains cas, pour l'enfant (Pinard).

Enfin dans l'interprétation de la courbe des poids il faudra tenir compte encore des faits suivants quelle que soit leur rareté.

Sur 130 décès relevés, au Pavillon des Débiles, M. Durante (1) observe 11 cas au sujet desquels il attire l'attention sur la marche paradoxale que peut affecter parfois la courbe des poids chez les nouveau-nés. Il montre que, dans certaines circonstances encore mal déterminées, avec ou sans œdème concomitant, surtout en suite du développement de nodules inflammatoires, parfois en cas de surcharge graisseuse du foie, une augmentation de poids, succédant, sans amélioration de l'état général, à une chute de poids ou à un poids stationnaire, peut, contrairement à ce qu'on a dit, être le signe avant-coureur d'une mort prochaine et généralement rapide, sinon subite.

La perte en poids des premiers jours chez les débiles, n'est pas plus accentuée que chez les nouveau-nés ordinaires, mais la récupération du poids primitif est très lente.

A six mois et demi la moyenne d'augmentation par jour a été de 9 gr. 4 ; à sept mois et demi de 13 gr. 8 ; à huit mois de 22 gr. 8 (Potel).

(1) *Société anatomique*, séance du 8 juillet 1898.

*
* *

Nous venons de voir que deux grands dangers menacent les débiles, l'hypothermie et l'inanition. Deux éléments principaux leur répondent dans le traitement de la débilité : la chaleur et l'alimentation.

La couveuse et le gavage, vulgarisés par Tarnier, ont sauvé de nombreuses existences (1).

Ces moyens sont trop connus pour que nous nous y arrêtions.

D'autres indications se posent : le mauvais état des téguments (œdème, sclérème), la fragilité de la respiration (cyanose), l'état languissant de la circulation (œdème), la délicatesse du tube digestif.

Nous n'insisterons pas sur les méthodes thérapeutiques, bains, massage, frictions, etc., etc., employées dans ces indications.

Nous ne retiendrons, parmi ces méthodes, que celle de la sérothérapie artificielle dont nous allons parler au chapitre suivant.

Nous montrerons avant, les résultats obtenus ces dernières années dans la culture des débiles.

Voici un tableau de statistique que nous empruntons à une clinique (2) de M. le professeur Pinard, et qui est extrait de la thèse du Dr F. Ch. Bachimont (3).

C'est la statistique administrative du Pavillon des Débiles.

(1) Ainsi pour les enfants de 2000 grammes la mortalité, qui était de 60 0/0, est tombée à 36,6 0/0.

(2) PINARD, *Clinique obstétricale*, 1899.

(3) Thèse Paris, 1898.

Mouvement de la population des enfants débiles depuis l'ouverture du service jusqu'au 31 décembre 1897 (1).

	du 20 juillet au 31 décembre 1893	1894	1895	1896	1897
Existant le 1 ^{er} juin.....	44	50	12	37	
Entrées dans le courant de.....	211	519	395	345	354
Totaux des excédents et des décès.....	211	563	445	377	391
Sorties.....	80	261	175	99	74
Décès.....	87	252	258	241	292
Totaux des sorties et des décès.....	167	513	433	340	366
Restant le 31 décembre.....	44	50	12	37	25
Nombre des journées de traite- ment.....	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303
Moyenne par enfant (séjour)....	23.5	23.5	29.3	32.6	34.1
Décès pour cent.....	41.23	44.75	59.97	61.2	70.4

Les statistiques de M. Potel fournissent les chiffres suivants :

Sur 56 enfants du terme de six mois et demi, une mortalité de 80, 4 0/0.

Sur 131 enfants du terme de 7 mois, mortalité de 58, 1 00

Sur 53 enfants du terme de 7 mois 1/2, mortalité de 31 0/0.

(1) Depuis cette date la statistique du service n'a pas été encore publiée.

Sur 110 enfants du terme de 8 mois, mortalité de 35,5 0/0.

Une sage prophylaxie et une puériculture intra-utérine avisée (Pinard), arriveront peut-être un jour à diminuer ces statistiques lamentables, en réduisant au minimum le nombre des débiles.

Débilité acquise. — Les degrés de cette affection sont trop nombreux et trop variés, pour que nous puissions les décrire ici.

D'une façon générale, il faut entendre par débilité acquise, l'état d'un enfant qui, né à terme, avec un poids normal, ou avant terme, avec toutes les apparences de santé et de vitalité présente tout d'un coup, ou par oscillations, des modifications plus ou moins profondes, plus ou moins rapides de sa santé, de son poids, de son développement et se rapproche par l'aspect extérieur, et l'affaiblissement de ses fonctions, de l'état de débilité congénitale.

Chez les nouveau-nés et nourrissons, dont nous nous occupons plus spécialement ici, la débilité s'acquiert vite.

La faible résistance de leur organisme les met à la merci de toutes les infections.

Dès le début, les modifications du poids, de la température, doivent attirer l'attention. Les affections du tube digestif dominent par leur fréquence et leur variété toute la pathologie infantile.

La simple regurgitation, le vomissement, la diarrhée, les hémorrhagies, l'ictère, ne seront pas négligés.

On tiendra compte des causes indirectes qui peuvent influencer sur la nutrition. On connaît les inconvénients du coryza qui rend difficile la succion, en gênant la respiration. Citons encore, dans le même ordre de faits, les lésions de la bouche consécutives à la manœuvre de Mauriceau ou de Champetier.

L'œdème et le sclérème peuvent être les signes d'une débilité précoce.

Enfin on craindra l'établissement de la débilité chez tous les enfants qui, même nés à terme, avec un poids normal, un aspect florissant, ont des antécédents héréditaires fâcheux, sont issus de tuberculeux, de syphilitiques, etc.

Aussi les soins prophylactiques doivent être rigoureux.

Une hygiène sévère, une alimentation méthodique, les soins de la peau, minutieux, doivent être institués dès la naissance.

Dans toutes les formes de la débilité et dans sa prophylaxie, la sérumthérapie artificielle peut trouver ses indications. Nous allons les étudier.

CHAPITRE II

Injectons de solutions salines.

L'usage de solutions salines introduites dans l'organisme, comme moyen auxiliaire, pour le traitement de la débilité congénitale et acquise, est admis aujourd'hui par la plupart des auteurs.

La plus grande partie des travaux écrits sur ce sujet ont en vue la débilité acquise. Cette méthode fut surtout appliquée chez les enfants épuisés par une maladie aiguë ou longue, chez les cachectiques de toute origine, et dans cette forme spéciale de la cachexie consécutive à la gastro-entérite chronique vulgaire des nourrissons (1), survenant dans les premiers mois de la vie, dont Parrot avait fait une entité morbide sous le nom d'athrepsie (2).

La voie généralement choisie dans cette médication était la voie hypodermique. En 1897, M. le Professeur Queirel, de Marseille, eut l'idée d'employer chez les débiles, la voie rectale.

Les solutions les plus employées sont la solution de Hayem, ou encore la solution saline à 7/1000.

Les doses sont celles que M. le Professeur Landouzy, dans son cours de 1895-1896, a données : 1 à 100 grammes (Sérothérapie minima).

(1) MARFAN, Sur l'athrepsie, *Revue médicale*, 18 avril 1896.

(2) PARROT, *L'Athrepsie*, Paris, 1877.

Nous donnons un historique rapide de l'usage des solutions salines dans le paragraphe consacré à l'étude de la voie hypodermique.

A. — *Voie hypodermique.*

Luton (de Reims), le premier, en 1884, essaya avec succès les injections hypodermiques à petites doses, dans le choléra infantile. Weiss en 1888 et Sahli (de Berne) en 1890 s'en servirent avec profit.

En 1891, M. le Professeur Pinard (1), emploie la voie hypodermique avec succès, dans les injections de sérum de chien chez les enfants issus de tuberculeux, puis par extension à tous les enfants pesant moins de 2.000 grammes quelle que soit leur origine. Il démontre que ces injections faites rationnellement ne causent aucun accident et sont pour les nouveau-nés en état de faiblesse congénitale, un tonique puissant.

M. Hutinel de 1890 à 1893, étudie les effets des solutions salines et les applique chez les enfants épuisés, cachectiques, prématurés, etc.

Les thèses de ses élèves MM. Marois (2) et Thiercelin donnent les résultats de ces observations.

Les injections hypodermiques activent la circulation, en augmentant la force de contraction du cœur et en relevant la tension artérielle.

(1) PINARD, *Annales de gynécologie*, novembre 1891 et PINARD, *Clinique obstétricale*, 1899, p. 73.

(2) MAROIS, Thèse Paris, 1893, et THIERCELIN, Thèse Paris, 1894.

Elles donnent une énergie nouvelle à la respiration et à l'hématose.

Il en résulte une augmentation des échanges nutritifs, caractérisée par une production de chaleur plus forte et par une augmentation de l'urée.

La diurèse est augmentée.

M. Chéron (1) insiste sur le résultat des doses faibles et répétées, comme stimulant de l'organisme.

M. Debove (2), outre cette action stimulante a observé une élévation thermique passagère.

MM. Barbier et Desroyers (3) observent dans les injections à faible dose (15 cc.) une élévation de 2 à 8 dixièmes qui commence une demi-heure après et dure de 2 à 4 heures.

D'après M. Roger le pouvoir réflexe est augmenté.

Depuis longtemps M. Hayem a démontré la valeur hémostatique des injections des solutions salines.

D'après Conheim, Grützner, le sérum artificiel active les sécrétions des glandes à pepsine et salivaires.

M. Hutinel (4) a observé une augmentation de toutes les sécrétions. Le chiffre des hémato blasts est accru, celui des leucocytes n'est pas modifié.

M. le professeur Landouzy, dans sa leçon sur la sérothérapie minima, en conseille l'usage chez tous les asthéniques, débiles, épuisés, pour relever leurs forces.

Votre injection minima, dit-il, va jouer le rôle d'étin-

(1) CHÉRON, *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, 1893.

(2) DEBOVE, *Société médicale des hôpitaux*, mars 1895.

(3) BARBIER et DESROYERS, 27 novembre 1896.

(4) HUTINEL, *Société médicale des hôpitaux*, mars 1895.

celle dynamogénisante. Parfois cette étincelle aboutit à un simple feu de paille, mais ce feu de paille prouve qu'il y a eu, à un moment, incandescence.

MM. Bosc et Vedel (1), en 1896, étudient, pour ces solutions, les pouvoirs éliminateurs des toxines. Ce pouvoir est effectif.

M. Bolognesi (2), dans son rapport, résume les travaux précédents. Pour lui, ces solutions ne sont pas microbiocides.

M. Marfan (3) les regarde comme un puissant agent d'élimination des toxines microbiennes. Il les associe à la diète hydrique dans les infections intestinales des nourrissons et chez les débiles de toute origine.

Ces injections hypodermiques de solutions salines sont aujourd'hui appliquées dans la plupart des services de maladies d'enfants.

Voici les restrictions apportées à cette méthode, par ceux-là mêmes qui l'ont préconisée. On devra surveiller de près les effets physiologiques de ces injections hypodermiques.

M Thiercelin (4) dit en effet, qu'après avoir obtenu une excitation de bonne nature, on pourrait en continuant, dépasser le but et produire chez l'enfant un énervement notable, un état d'excitation inquiétant, cris, insomnie, qui disparaissent à la suppression des injections. On

(1) BOSCH ET VEDEL, *Congrès français de médecine*, Nancy, 1896.

(2) BOLOGNESI, *Société de thérapeutique*, 23 novembre 1898.

(3) MARFAN, Alimentation des nourrissons malades, *Traité de l'allaitement*, 1899.

(4) THIERCELIN, *Médecine moderne*, n° 46, 1896.

produirait ainsi un véritable surmenage, qu'il faut éviter soigneusement chez les débiles, chez ceux qui hésitent à se développer.

M. Lesage (1) a observé des faits très évidents de ce surmenage lymphatique, de cette stimulation portée à l'excès. Si on poursuit trop longtemps ces injections, l'enfant devient pâle, blafard, présente un léger œdème des extrémités et des paupières. Il tombe dans un état cachectique qui ressemble au mal de Bright. Cette cachexie peut être accompagnée d'une augmentation de volume des divers ganglions du corps, qui deviennent gros et mous et qui, à la cessation des injections, reprennent leur volume normal. Fourmeaux signale l'œdème pulmonaire et la dyspnée, dans les cas d'injections trop répétées.

Enfin M. Hutinel (2) a constaté l'action pyrétogène du sérum injecté sous la peau des enfants en puissance de tuberculose confirmée ou latente. Elles provoqueraient, en outre, des fluxions pérituberculeuses, appréciables surtout dans le cas de tuberculose externe (osseuse, ganglionnaire, cutanée).

Est-il téméraire d'ajouter, dit M. Hutinel, que chez les tuberculeux, les injections hypodermiques ne seront faites qu'avec prudence, car elles ne sont pas sans dangers.

Cette restriction n'est pas généralement admise.

M. Landouzy pense que les inconvénients légers et passagers de ces injections ne peuvent être mis en balance avec les services qu'elles peuvent rendre.

(1) LESAGE, Infections et intoxications digestives chez le nourrisson in *Traité des maladies de l'Enfance*, II, p. 612.

(2) HUTINEL, *Semaine médicale*, 16 mars 1896.

M. Sirot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beaune, en 1897, MM. Ardin, Delteil, Carrier au Congrès de Montpellier, ont constaté l'innocuité des injections de sérum chez les tuberculeux.

M. Blache (1) trouve M. Hutinel trop exclusif et n'a jamais remarqué les réactions fébriles dénoncées, M. Verger (2) (de Bordeaux) n'a jamais constaté les phénomènes d'excitation signalés par Thiercelin.

Critique. — Nous venons de passer en revue, dans l'ordre historique, les vertus que l'on reconnaît aux solutions salines, dans le traitement de la débilité. Aucune de ces vertus n'appartient en propre à la voie hypodermique. Nous pourrions, en effet, les énumérer de nouveau à propos de la voie rectale.

L'usage de la voie hypodermique, disent les auteurs, a pour lui, la simplicité de la technique et de l'instrumentation, son innocuité parfaite et son action rapide avec des doses moindres.

Nous reconnaissons ces qualités, chez l'adulte et chez l'enfant d'un certain âge.

Nous ne pouvons avoir la même opinion au sujet du nouveau-né et du nourrisson et surtout quand ils se trouvent dans un de ces états de débilité, dont nous nous occupons ici.

Pouvons-nous admettre que la peau et les tissus sous-jacents servent d'intermédiaire à l'introduction de solutions salines dans l'organisme? N'avons-nous pas signalé chez les débiles, l'état médiocre et les fonctions impar-

(1) BLACHE, *Congrès des 17 juillet, 2 août 1898.*

(2) VERGER, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896 (n° 41).

faites de téguments et des tissus sous-jacents ; l'irrigation périphérique défectueuse , la fréquence des œdèmes, du sclérème, la facilité avec laquelle apparaissent les érythèmes, les érosions, les ulcérations et les eschares, la difficulté que l'on éprouve, d'assurer l'asepsie de cette surface chez les enfants. Or, c'est dans ces téguments que l'injection hypodermique va créer une plaie, si petite qu'elle soit, sujette à toutes les complications des plaies, porte d'entrée malgré tous les pansements, pour les infections si nombreuses qui guettent le nouveau-né. C'est à ces tissus sous-jacents, que cette méthode va demander la résorption rapide du liquide injecté, alors qu'ils sont souvent encombrés, déjà, par les œdèmes ou durcis par le sclérème.

Dans sa thèse, M. Marois signale le retard mis à la résorption de la tumeur formée par le liquide injecté, quand la circulation est compromise.

Or cet état languissant de la circulation, n'est-il pas la règle chez le débile ? Nous avons personnellement été souvent témoin de ces résorptions tardives.

M. Marois a observé également la production d'ecchymoses sous-cutanées chez les cyanotiques, et les enfants, chez qui ces ecchymoses avaient apparu ont succombé.

Signalons les dangers des piqûres chez les hémophiliques, bien que ce soit une affection relativement rare.

Il faut encore tenir compte, dans un traitement de longue durée, du nombre des injections hypodermiques, forcément limité, par le petit nombre des points d'élection.

Il ne faut pas négliger non plus l'élément douleur de ces piqûres. Si, à cette occasion, la plupart des enfants sortent à peine de leur somnolence, nous avons été témoin chez

certains d'un état de surexcitation consécutif à ces piqûres. Chez deux nouveau-nés, des convulsions ont apparu aussitôt après.

Enfin, malgré la simplicité de la technique, la méthode hypodermique n'est pas à la portée des mains profanes. Le médecin seul avec sa prudence et sa science peut en tirer profit. Elle ne pourra donc être appliquée que par lui, ou en sa présence, ce qui dans une médication de longue durée, est peut-être un inconvénient.

B. — Voie rectale.

L'usage de la voie rectale, dans la sérothérapie artificielle minima, a un historique moins long: Il est de date récente.

Nous évitons avec soin, la digression facile et purement littéraire, de l'histoire anecdotique des lavements. Les esprits curieux d'érudition en trouveront les détails dans l'article de Brochin (1) ou dans la thèse de M. Lemanski (2).

Nous ne parlerons également pas des lavements médicamenteux, bien qu'ils se rapprochent plus de notre question.

Nous n'étudierons que la méthode de ce que nous avons appelé *l'injection rectale*, parce qu'elle se différencie nettement, par son but thérapeutique, ses doses, ses effets et indications, du lavement, proprement dit, du lavage intestinal, de l'irrigation rectale continue, etc.

En 1897, M. le professeur Queirel, chirurgien en chef de la maternité de Marseille, conseilla, le premier, ce moyen thérapeutique simple et à la portée de tout le monde

(1) BROCHIN, article Lavements, *Dict. encyclop. des sciences médicales*.

(2) LEMANSKI, Thèse Paris, 1893.

et le fit appliquer dans son service, comme traitement de la débilité.

Mlle Mouren (1), maîtresse sage-femme, en a publié les résultats à deux reprises différentes. Nous reproduisons plus loin ces intéressantes observations.

La méthode est appliquée à la clinique Baudelocque depuis 1898, d'une façon régulière. Elle a été essayée dans différents services. Nous savons que dans l'un de ces services, elle a été abandonnée pour des raisons dont nous faisons plus bas la critique.

*
* *

Les solutions salines agissent de la même façon sur l'organisme, quel que soit leur mode d'introduction.

Il y a longtemps qu'on ne discute plus le pouvoir absorbant du rectum. L'absorption y est ordinairement plus rapide que par l'ingestion parce qu'elle n'est pas retardée par le séjour dans l'estomac (Savary, Demarquay, Cl. Bernard). M. Amagat dans sa thèse, considère le fait comme suffisamment démontré.

M. Lemanski a fait, dans le service de M. le Dr Dujardin Beaumetz, des expériences sur l'absorption par le rectum. Il y a vérifié ce fait, que la voie rectale est presque toujours plus rapide que la voie buccale. Des solutions d'antipyrine, d'iodure, de salicylate de soude, étaient éliminées plus rapidement ; seule l'élimination du bleu de méthylène a paru plus tardive par la voie rectale.

(1) Mlle MOUREN, In *Annales de gynécologie*, juin 1897, p. 472, et communications au *Congrès de gynécologie, d'obstétrique, et de pédiatrie*, brochure, Marseille, 1899.

Demarquay a trouvé de l'iode dans la salive cinq minutes après un lavement ioduré.

L'absorption par le rectum s'opère en 4 à 10 minutes (1).

Nous avons vérifié, nous-même, à différentes reprises, l'absorption de nos injections, par l'addition de bleu de méthylène au sérum artificiel. Plusieurs fois nous avons pu décélér assez précocement dans la première 1/2 heure la présence de chromogène dans l'urine. Ce qui constitue l'élimination dissociée de MM. Achard (2) et Castaigne.

Les effets physiologiques étant les mêmes pour les deux modes d'injections, nous n'y reviendrons pas.

Critique. — Chez l'adulte, l'injection hypodermique paraît garder l'avantage de la rapidité plus grande de diffusion du liquide injecté.

Or nous avons vu qu'il n'en est pas de même chez le débile, grâce à l'état des téguments, des tissus et de l'irrigation périphérique défectueuse. Cet avantage très utile dans les cas urgents (hémorragie abondante) le devient moins dans l'usage d'une médication de longue durée. Sans reprendre point par point notre critique des injections hypodermiques, nous allons la résumer, pour mieux montrer la supériorité de la voie rectale.

Cette dernière méthode a comme intermédiaire un organe dont les fonctions présentent plus d'activité que celle de la peau et des tissus sous-jacents. Dans l'absorption du sérum artificiel, le rectum accomplit une fonction normale, physiologique.

(1) MANQUAT, *Thérapeutique*, 4^e édit., 1900, p. 17.

(2) ACHARD et J. CASTAIGNE, *Soc. méd. des hôpitaux*, 30 juillet 1897.

L'injection rectale n'occasionne ni plaie ni ecchymoses.

Ses effets thérapeutiques persistent plus que ceux de l'injection sous-cutanée, sans doute parce que le foie s'oppose à la dispersion trop rapide du médicament (1).

Nous n'avons jamais remarqué chez nos sujets les phénomènes d'excitation ou de surmenage lymphatique signalés par Thiercelin et Lesage dans les injections hypodermiques. Nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer cette méthode sur des enfants en puissance de tuberculose. Aussi ne pouvons-nous pas nous prononcer à ce sujet.

L'injection rectale a, en outre, un effet local, certain. Elle excite ou diminue les contractions de l'intestin, suivant les cas ; nous l'avons vu agir nettement sur certaines diarrhées séreuses, modifier et surtout régulariser les selles.

Son action sur les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né est évidente.

Si nous comparons les deux méthodes au point de vue de la technique de l'injection, et de l'instrumentation, là encore l'injection rectale a l'avantage.

Ainsi que l'a dit M. le Professeur Queirel, c'est bien là un moyen, sans danger, à la portée de tout le monde.

Critique impartial, nous devons signaler les inconvénients de la méthode. Ils proviennent de la difficulté que l'on rencontre parfois, de faire garder les injections rectales à certains enfants.

Cette difficulté tient, la plupart du temps, à la technique employée. Grâce à celle que nous employons, nous avons rarement vu subsister cet inconvénient.

(1) MANQUAT, *loco citato*, p. 18.

Il faut arriver à faire l'éducation du sphincter anal, dont on connaît la faiblesse chez le nouveau-né, et à diminuer son excitabilité réflexe, ce qui se fait en un temps très court.

Technique de l'injection.

Solution. — Nous nous sommes exclusivement servi du sérum artificiel de Hayem, stérilisé à l'autoclave. Nous rappelons sa formule.

Chlorure de sodium	5 grammes
Sulfate de soude	10 —
Eau	1.000 —

Doses. — Nous avons reconnu, après quelques essais que l'on ne pouvait pas dépasser les doses de 5 à 10 centimètres cubes par injection.

Suivant l'âge et le poids de l'enfant, une ou deux injections par jour, suffisent.

Chaque fois que nous avons essayé de dépasser ces doses, l'intestin les rejetait. En augmentant le nombre d'injections par jour, nous n'obtenions pas l'ascension correspondante de la courbe des poids.

Instruments. — Une seringue quelconque, mais stérilisable, une sonde de Nélaton de petit diamètre.

Nous nous sommes servi pour nos observations de la seringue de Roux de 10 centimètres cubes et de sondes de Nélaton n° 10 de la filière Charrière. Les sondes de plus grand diamètre que nous employions les premiers temps, irritaient le sphincter, et produisaient de l'incontinence.

Mode d'administration. — La seringue et la sonde sorties

de l'eau bouillante, on verse le sérum dans un verre préalablement flambé. Ce verre est placé dans de l'eau très chaude qui élèvera la température du sérum à la température physiologique, ou au-dessus. Elle ne dépassera pas 40°. Au-dessus elle ne serait pas tolérée : elle excite l'intestin (Onimus et Legros).

On fait l'aspiration du liquide, on ajuste la sonde et après avoir expurgé, on introduit le bec de la sonde, avec la plus grande douceur, à environ 4 ou 5 centimètres de profondeur dans le rectum. Cette distance suffit.

On pousse alors le liquide avec une vitesse quelconque. On tient, quelques secondes, le doigt sur la région anale, et on recouvre l'enfant.

S'il n'a pas rejeté son lavement, au bout de quelques minutes, on le rhabille.

Il peut arriver que l'enfant ait une selle immédiatement après l'injection. Après la toilette de la région on recommence l'injection.

J'ai évité l'usage de corps gras pour lubrifier la sonde.

Si l'on suit ces prescriptions : petites doses, faible diamètre de la sonde et température physiologique de la solution, il est très rare que l'injection soit rejetée.

On peut continuer longtemps ces injections. Il est rationnel de s'arrêter dans leur usage lorsque le poids de l'enfant et son état général l'indiquent.

Indications.

A. — Les injections rectales de solutions salines répondent parfaitement aux indications de la débilité con-

génitale. Nous avons vu comment dans les chapitres précédents.

Elles combattent l'hypothermie, et sont par conséquent un auxiliaire de la couveuse.

Elles soutiennent l'enfant qui ne peut pas téter et excitent son appétit, en relevant son état général. Elles contribuent donc au rôle du gavage.

Dans la débilité congénitale, ces injections seront donc employées dès les premiers jours. Elles hâteront l'évacuation du méconium sans inconvénient.

B. — A titre prophylactique on les donnera à tout nouveau-né, issu de souche douteuse, et à celui chez qui les variations de poids, avant tout autre signe, pourraient faire craindre une débilité prochaine.

A titre curatif on les emploiera avec succès, dans les œdèmes, les vomissements, les hémorragies, l'ictère, la constipation et la diarrhée du nourrisson.

Leur emploi est indiqué aussi chez le nouveau-né, qu'un accident de l'expulsion empêche momentanément de téter (manœuvre de Mauriceau, ou de Champetier, forceps, etc.).

C. — Dans la débilité acquise, l'injection rectale remplacera dans bien des cas, avec avantage, l'injection hypodermique.

Dans les formes légères, où prédomine un des symptômes que nous avons énumérés plus haut (vomissements, ictère, etc.), il agira directement sur le symptôme.

Dans les formes graves, les injections rectales de solutions salines donneront à l'organisme déprimé « le coup de fouet », qui lui permettra de réagir plus vivement contre le danger. Elles l'aideront ainsi à passer un moment difficile.

Enfin dans les cachexies incurables, dans l'athrepsie, elles permettront, comme les injections hypodermiques, sinon de sauver les malades, au moins de prolonger leur vie, ce qui est encore un résultat appréciable, dont on saura parfois gré au médecin.

Remarques sur les observations.

Dans les observations recueillies à Baudelocque, on trouvera surtout des exemples de débilité congénitale. Les prématurés sont en plus grand nombre. Enfants d'albuminurique (obs. XXI par ex.), de syphilitique (XXIII), jumeaux (XVII, XIX). Beaucoup doivent leur naissance prématurée à l'insertion du placenta sur le segment inférieur (XIV, XV). On retrouvera dans quelques-unes le tableau du pouls et de la température, avant et après l'injection. L'accélération du pouls pendant l'injection était presque générale, mais peu accentuée. (Obs. XX, XXII).

Les observations recueillies à la Maternité paraîtront moins démonstratives. Il faut tenir compte de ce fait que la plupart des enfants confiés à mes soins étaient en fort mauvais état. Plusieurs sont morts, sans que l'on ait eu le temps de juger les effets de la méthode.

Nous avons tenu à donner presque intégralement la dernière observation, c'est celle d'une athrepsique-type. Cet enfant est dans le service depuis 5 mois 1/2 bientôt. Aucune des médications variées, aucun des soins si dévoués dont on l'a entouré, n'ont pu arrêter l'évolution vers la fatale athrepsie. Sur lui, les injections rectales ont produit pendant quelques jours un léger coup de fouet, puis l'ont laissé reprendre, à peu de chose près, son poids antérieur.

OBSERVATIONS

A. Observations prises dans le service de M. le professeur Queirel (Maternité de Marseille) (1) par Mlle MOURREN, maîtresse sage-femme.

Obs. I (5 mars). — Accouchement prématuré. Multipare.

Poids de l'enfant : 2.600 grammes, peu vigoureux.

2^e jour, un peu de sclérème et ne prend pas le sein. Le poids diminue et le 3^e jour : œdème généralisé. Il est placé à la couveuse.

Le 4^e jour on lui donne des lavements de sérum.

Le 6^e jour l'œdème disparaît. L'enfant prend le sein de sa mère.

Il sort le 17 mai pesant 2.750 grammes. Etat physique excellent.

Obs. II (18 mars). — Primipare albuminurique.

Poids 2.700 grammes, assez vigoureux, mais ne prend pas le sein. Il est allaité au biberon pendant 4 jours. Vomit après chaque tétée. Selles vertes.

Le 5^e jour il commence à prendre le sein. Les mouvements et la diarrhée cessent, mais il ne pèse plus que 2.400 grammes.

Etat général mauvais. On commence à lui administrer des lavements. Le 8^e jour il pèse 2.440 gr. et augmente tous les jours régulièrement de 30 grammes.

A sa sortie 2.640 grammes.

Obs. III (28 mars). — Ilipare.

1^{er} accouchement avant terme, enfant mort quelques jours après.

(1) In *Annales de gynécologie*, juin 1887, p. 472.

Celui-ci naît au commencement du 9^e mois. Poids 2.800 grammes. Longueur 47. En état de mort apparente, débile très pâle.

Il reste 3 jours dans cet état, malgré l'allaitement maternel qui se fait bien.

Le 4^e jour il est très jaune et vomit après chaque tétée. Poids 2.870 grammes. On donne des lavements de 40 grammes environ tous les jours.

Il part le 10 avril pesant 3.500 grammes.

A ces trois observations, est jointe une observation très intéressante que nous reproduisons, où l'on voit employées, successivement, les injections hypodermiques et rectales, dans un cas d'hémorragie.

Obs. IV. — Enfant né le 22 février d'une Ilpare, dont le 1^{er} enfant est mort de débilité congénitale.

Poids 2.820 grammes. L'accouchement a été spontané, le travail a duré 4 heures.

Pas de trace de syphilis.

Le 2^e jour, l'enfant vomit du sang coagulé. Ces vomissements se reproduisent plusieurs fois dans la même journée.

24. — 12 hématomèses très rouges, le lavage de l'estomac ramène des caillots petits et noirâtres, en quantité.

Le nouveau-né diminue rapidement de poids, son état est grave. Il ne prend plus le sein.

25. — 4 selles sanglantes qui traversent les langes. On essaye de lui faire avaler du lait. Il le rejette. Il est livide.

On lui fait alors des injections sous-cutanées de sérum artificiel de 20 grammes auquel on ajoute 2 à 3 grammes de cognac. Mis à la couveuse, il paraît se ranimer un peu, prend quelques grammes de lait alcoolisé qu'il ne rejette pas.

Pendant la nuit, nouvelle selle sanglante mais en petite quantité.

26. — Nouvelle injection de sérum, enfant moins pâle, il prend

le sein et n'a plus de vomissements, mais son poids a diminué de 300 grammes.

Le 27, on joint les lavements aux injections.

Le 28, léger mélaena. L'enfant tette bien, ne vomit plus, augmente légèrement de poids tous les jours.

Le 22 mars à sa sortie : 3.000 grammes.

Dans une communication (1) au Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Mlle Mouren, maîtresse sage-femme dans le service de M. le professeur Queirel, donne la statistique de la mortalité des prématurés à la maternité de Marseille.

En 1895, 30 ont succombé. En 1896, 36 décès.

En 1897, six seulement.

Mlle Mouren pense que ce progrès est dû à l'emploi du sérum artificiel.

Elle divise les observations en 3 catégories : 1^{re} catégorie : enfants de 1300 à 2000 grammes à qui le sérum a été administré régulièrement depuis la naissance.

2^e catégorie : enfants de 2000 à 2600 grammes chez qui la débilité s'est manifestée par une diminution graduelle de poids et auxquels on a dû administrer le sérum 4 et 6 jours après la naissance.

3^e catégorie : enfants à terme ou près du terme, de constitution ou de poids satisfaisant, mais qu'une maladie quelconque a atteints : ictère, convulsions, sclérème, hémorrhagie gastro-intestinale grave.

Après avoir cité quelques exemples pour chaque catégorie, Mlle Mouren donne une liste de 44 observations résumées, très instructives.

Voici les exemples, dans chaque catégorie.

(1) Marseille, 1899, brochure.

1^{re} Catégorie.

Obs. I. — Enfant pesant 1990 grammes. Etat physique mauvais. Sérum en lavements dès le premier jour (100 gr.). Augmentation sensible du poids qui atteint 2280 grammes le 12^e jour, date de la sortie.

Obs. II. — Garçon très chétif (1950 gr.). Couveuse et gavage. Lavements de sérum. Le 8^e jour, l'enfant prend le sein et sort le 13^e pesant 2130 grammes.

Obs. III. — 2 jumaux, dont l'un pèse 2000 grammes, paraît vigoureux et prend le sein. Il meurt le 6^e jour. Le 2^e pèse 1700. Traité par les lavements de sérum, il vit encore et a actuellement 10 mois.

2^e Catégorie.

Obs. I. — Garçon, 2200 grammes. Chétif, diminue de 200 grammes en 5 jours. Lavements de sérum donnés régulièrement pendant 8 jours. Il part en très bon état le 15^e jour pesant 2150 grammes.

Obs. II. — Fille, état physique mauvais. Poids 2180 grammes. Perd 80 grammes les premiers jours. Allaitement mixte. 4^e jour sérum en lavements; sensible augmentation de poids. Elle prend le sein et pèse à sa sortie le 12^e jour, 2500 grammes.

Obs. III. — Fille, 2190 grammes. Couveuse et gavage. Poids stationnaire. Lavements de sérum. Le 4^e jour l'enfant prend le sein, augmente de poids et part le 13^e jour pesant 2400 grammes.

3^e Catégorie.

Obs. I. — Garçon, 2870 grammes, est pris de convulsions le 3^e jour, vomissements et ictère. Sérum en lavements. Amélioration rapide. Augmentation de poids qui est de 3400 grammes le 14^e jour.

Obs. II. — Fille pesant 3000 grammes. Etat physique bon. Le 4^e jour, l'enfant prend un teint jaunâtre, diminue considérablement de poids. Le 5^e jour, il refuse le sein. Etat général très mauvais. Injection sous-cutanée de sérum après laquelle se produit de l'œdème du ventre et des organes génitaux. Le sérum est alors continué en lavements. Quatre jours après, l'ictère disparaît, l'enfant reprend le sein et sort le 12^e jour en bonne santé pesant 3080 grammes.

Obs. III. — Garçon, poids 2700 grammes. Présente du sclérème deux jours après sa naissance et diminue de poids. Le 8^e jour, l'état général est mauvais. Injection de 30 grammes de sérum en lavements. Le sclérème disparaît, l'enfant sort le 12^e jour. Mieux sensible. Poids 2640 grammes.

OBSERVATIONS INÉDITES.

Obs. I. — 9^e mois, femme Ilpare, ayant eu un épistaxis grave trois jours avant son entrée à la Maternité, facies décoloré. Accouche spontanément de 2 enfants filles : siège et sommet, 1^{re} 2070 gr., 2^e 1700 grammes. La mère ne peut les allaiter, on les nourrit au biberon. Lavements de sérum matin et soir. Ces deux enfants passent à leur sortie le 7^e jour : la 1^{re} 2150 grammes, la 2^e 1850 grammes.

La mère elle-même a reçu tous les jours un lavement de sérum artificiel. Elle quitte le service 8 jours après son accouchement.

Obs. II. — 9^e mois, Ilpare, arrive en travail le 1^{er} décembre, épaule engagée, procidence du cordon, liquide amniotique écoulé depuis plusieurs heures, battements du cœur faibles et irréguliers ; version difficile. L'enfant, né asphyxié, n'est ranimé qu'après de longues et nombreuses manœuvres ; il pèse 2300 grammes, état chétif.

Lavements de sérum tous les jours, il prend bientôt le sein et sort avec la mère le 10^e jour pesant 2450 grammes.

Obs. III. — Ilpare, accouche spontanément d'une fille, 2750 gr.

peu vigoureuse, ne prenant pas le sein, allaitée à la cuillère pendant 4 jours, sclérème assez prononcé le 3^e jour.

Sérum régulièrement. L'enfant est emporté par sa mère le 12^e jour, pesant 3000 grammes. L'œdème n'est pas encore complètement disparu.

Obs. IV. — Ipare, arrive dans le service perdant du sang en assez grande quantité, rupture des membranes, accouchement spontané. Enfant en état de mort apparente, très vite ranimé ; pèse 2300 grammes, ne prend le sein que difficilement, allaitement mixte, la mère n'a pas de lait. Enfant emporté le 12^e jour, très vigoureux.

Obs. V. — Ipare au 8^e mois, syphilitique, accouchement spontané, très chétif, 2200 grammes.

La mère ayant le mamelon mal conformé, l'enfant ne peut prendre le sein, il est nourri au biberon, lavements de sérum régulièrement tous les jours, il part sans augmentation de poids.

Obs. VI. — VIIpare au commencement du 9^e mois, accouchement spontané d'une fille de 2250 grammes ; le 2^e jour sclérème généralisé. Lavements de sérum matin et soir, l'enfant prend bien le sein, le 10^e jour l'œdème a disparu complètement et à sa sortie le 15^e il pèse 2450 grammes.

Obs. VII. — Ipare au 7^e mois en travail, accouchement spontané d'une fille en état de mort apparente ; après de longs efforts l'enfant respire, poids 1400 grammes. Couveuse, gavage, sérum.

Le 3^e jour l'enfant prend le sein. Couveuse et sérum jusqu'à son départ 12^e jour.

L'enfant très vigoureux a augmenté de 250 grammes.

Obs. VIII. — VIIIpare, arrive en travail. Celui-ci est commencé depuis longtemps, mais la tête s'engage fortement inclinée sur le pariétal gauche, l'oreille occupe le centre. On est obligé de terminer l'accouchement par le forceps ; fille 1700 grammes, extraction d'un 2^e fœtus de 2700 grammes.

Le 3^e jour la fille ne pèse plus que 1600 grammes, est très chétive, lavements de sérum. Pèse à sa sortie 1800 grammes, très vigoureuse, le 2^e enfant de 2700 grammes, sans sérum, pèse à sa sortie 2800 grammes.

Obs. IX. — VIIpare, au 9^e mois, accouchement spontané de 2 enfants, sommet et siège.

1^{er} 2060 grammes, 2^e 2400 grammes.

Diminution de poids du 1^{er} 100 grammes, 2^e 150 grammes les quatre premiers jours. Lavements de sérum matin et soir. Poids à la sortie, 2240 et 2550 grammes.

Obs. X. — Ipare, accouche spontanément d'un fœtus de 2600 grammes qui ne prend pas le sein les premiers jours, état très chétif. Perte de poids de 200 grammes. Sérum, couveuse.

Poids à la sortie 2750 grammes le 18^e jour.

B. Observations inédites recueillies à la Clinique Baudelocque.

Service de M. le Professeur PINARD.

OBSERVATION I.

(N° 825).

Juliette L..., relieuse, 23 ans. Ipare.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

A marché à 4 ans. Incurvation légère des membres inférieurs.

Promontoire accessible.

Pleurésie gauche à 21 ans.

Dernières règles : 7 au 15 septembre. Hauteur de l'utérus : 24 (tête à la vulve), paraît être au 8^e mois.

Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine. Rupture prématurée des membranes. Expulsion du fœtus, le 30 avril. Durée du travail : 9 heures environ.

Placenta : 410 grammes. Membranes 24/3.

Enfant de sexe féminin, longueur : 43 centimètres. Poids : 2050 grammes. Débile.

2^e jour. Poids : 1.830 gr.

8^e jour. Poids : 1.980 gr.

3^e » » 1.810 »

9^e » » 2.020 »

OEdème des mollets. On donne deux injections de sérum, une le matin, une le soir.

10^e » » 2.060 »

11^e » » 2.080 »

L'œdème a disparu.

4^e jour. Poids : 1.870 gr.

L'enfant tette bien.

5^e » » 1.890 »

Il sort le 11 mai dans un état satisfaisant.

6^e » » 1.900 »

7^e » » 1.940 »

OBSERVATION II.

(N° 986). Grossesse gémellaire.

Aurélié B..., 25 ans, sans profession. Ipare. Deux grossesses gémellaires dans sa famille.

Aspect strumeux. Chaîne de ganglions cervicaux.

Dernières règles : fin septembre. Hauteur de l'utérus : 40 centimètres, ne s'est pas fatiguée.

Albumine.

Arrive avec les membranes rompues et dilatation complète.

Le 1^{er} fœtus est extrait par le forceps. Le 2^e est expulsé en siège complet.

Placenta 830 grammes.

1^{er} enfant, fille. Poids : 1.900 gr.
longueur : 44 centimètres.

2^e fille. Poids : 2.770 grammes. Longueur : 48 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.910 gr.

2^e jour. Poids : 2.500 gr.

3^e » » 1.900 »

3^e » » 2.460 »

On commence les injections.

L'enfant tête mal.

4^e jour. Poids : 1.910 gr.

4^e jour. Poids : 2.360 gr.

5^e » » 1.920 »

5^e » » 2.300 »

On commence les injections.

6^e » » 1.970 »

6^e jour. Poids : 2.370 gr.

7^e » » 2.010 »

7^e » » 2.440 »

8^e » » 2.020 »

8^e » » 2.450 »

9^e » » 2.030 »

9^e » » 2.450 »

10^e » » 2.060 »

10^e » » 2.480 »

11^e » » 2.080 »

11^e » » 2.520 »

12^e » » 2.090 »

12^e » » 2.550 »

13^e » » 2.110 »

13^e » » 2.570 »

Les deux enfants sortent le 4 juin en bon état.

OBSERVATION III.

(N° 1017).

L... Marie, 27 ans, dévideuse, Vpare.

1^{er} accouchement en 1892, prématuré à 7 mois, fœtus vivant mort deux jours après. 2^e en 1893. Avortement à 3 mois, précédé d'hémorragies. 3^e en 1894. Avortement à 4 mois, précédé d'hémorragies qui ont duré quinze jours. 4^e en 1896. A 7 mois, fille élevée au biberon. Morte à 5 mois.

Même père pour tous.

Grossesse actuelle : Même père. Dernières règles : 10 au 14 septembre ?

Hauteur de l'utérus : 29. Se repose depuis un mois.

Pas d'albumine. Expulsion du fœtus : le 26 mai.

Durée du travail 13 heures environ. L'utérus paraît normal.

Placenta : 380 grammes. Membranes, 25/8.

Fille. Poids : 2.180 grammes. Longueur : 47 centimètres. Mise en couveuse.

2^e jour. Poids : 2.100 gr.

6^e jour. Poids : 2.100 gr.

3^e » » 2.030 »

7^e » » 2.220 »

4^e » » 2.020 »

8^e » » 2.230 »

5^e » » 2.000 »

9^e » » 2.250 »

On commence les injections de sérum.

10^e » » 2.270 »

11^e » » 2.300 »

Sorti le 6 juin en bon état.

OBSERVATION IV.

(N^o 1029).

Alice D...., 38 ans, passementière, Ipere.

Rhumatisante.

Dernières règles : fin octobre. Hauteur de l'utérus : 28 centimètres, serait au 8^e mois de sa grossesse. Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine.

Deux petits fibromes de la face intérieure de l'utérus.

Expulsion du fœtus le 29 mai.

Durée du travail : 13 heures environ.

Placenta : 375 grammes. Membranes : 25/5.

Fille : Poids 1820. Longueur : 43 centimètres. Mise en couveuse.

2^e jour. Poids : 1.680 gr.

7^e jour. Poids : 1.570 gr.

3^e » » 1.650 »

8^e » » 1.570 »

4^e » » 1.680 »

Vomissements. Cyanose.

5^e » » 1.620 »

9^e jour. Poids : 1.550 gr.

Œdème des membres inférieurs.

On commence le soir, les injections rectales.

6^e jour. Poids : 1.520 gr.

10^e jour. Poids : 1.570 gr.

11 ^e jour. Poids : 1.600 gr.	16 ^e jour. Poids : 1.660 gr.
Les vomissements cessent.	17 ^e » » 1.710 »
12 ^e jour. Poids : 1.610 gr.	18 ^e » » 1.730 »
13 ^e » » 1.620 »	L'enfant part le 16 juin,
14 ^e » » 1.630 »	dans un état satisfaisant.
15 ^e » » 1.650 »	

OBSERVATION V.

(N^o 1310).

Isabelle L..., 30 ans, sans profession, Ipare.

Pleurésie gauche, il y a deux ans. Rétrécissement mitral.

A eu au 4^e mois de sa grossesse, une congestion pulmonaire légère et de l'albuminurie.

Entre le 3 mai à la Clinique, avec une légère quantité d'albumine.

Dernières règles : 5 au 10 novembre. Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Pas d'albumine au moment du travail.

Expulsion du fœtus le 10 juillet.

Placenta 480 grammes. Membranes : 38/2. Quelques infarctus blancs intra-cotyledonaires.

Garçon. Poids : 2370 grammes. Longueur : 46 centimètres.

Aspect chétif.

2 ^e jour. Poids : 2.350 gr.	13 ^e jour. Poids : 2.240 gr.
3 ^e » » 2.350 »	14 ^e » » 2.220 »
4 ^e » » 2.330 »	On commence les injections
5 ^e » » 2.330 »	de 10 gr., que l'enfant garde.
6 ^e » » 2.340 »	15 ^e jour. Poids : 2.225 gr.
7 ^e » » 2.350 »	16 ^e » » 2.240 »
8 ^e » » 2.350 »	17 ^e » » 2.320 »
9 ^e » » 2.360 »	18 ^e » » 2.410 »
10 ^e » » 2.360 »	19 ^e » » 2.460 »
11 ^e » » 2.300 »	20 ^e » » 2.475 »
Le matin et le soir on donne	21 ^e » » 2.480 »
un lavement de 50 grammes de	22 ^e » » 2.520 »
sérum. L'enfant ne les garde pas.	23 ^e » » 2.600 »
12 ^e jour. Poids : 2.270 gr.	L'enfant sort le 1 ^{er} août en
	excellent état.

OBSERVATION VI.

(N° 1420).

Marie B..., 27 ans, cuisinière, Ipare. Rien de notable dans les antécédents.

Dernières règles : 15 au 18 octobre. Hauteur de l'utérus : 33 centimètres, paraît être près du terme. Se repose depuis quelques mois.

Rupture prématurée des membranes. Expulsion et délivrance normales.

Placenta : 480 grammes. Membranes : 27/5.

Enfant de 2.300 grammes. Longueur : 43 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.220 gr.

7^e jour. Poids : 1970 gr.

3^e » » 2.150 »

8^e » » 1980 »

4^e » » 1.990 »

9^e » » 2.000 »

5^e » » 1.940 »

Les vomissements ont cessé

Vomissements après chaque tée. On commence les injections rectales.

dès le premier jour.

L'enfant sort le 1^{er} août, en bon état.

6^e jour. Poids : 1960 gr.

OBSERVATION VII.

(N° 1659) *Syphilis probable.*

D..., Elise, 26 ans, sans profession Iipare.

1^{er} accouchement en 1893, fille, extraction au forceps, morte pendant l'extraction. Paraissait à terme.

2^e accouchement à Baudelocque. Présentation de l'épaule ramenée en sommet. Morte à 3 ans 1/2, bacillaire.

Grossesse actuelle. Dernières règles : 1^{er} au 3 novembre. Hauteur de l'utérus : 38 cent. Hypertension des parois. Se repose depuis 20 jours. Pas d'albumine.

Bassin. P. s. p. : 10,2.

Expulsion du fœtus le 25 août. Durée du travail 29 heures environ.

Placenta : 600 grammes. Membranes 3 0/0. Hypertrophie cotylé-
donnaire.

Garçon, naît étonné, vite ranimé.

Poids : 3.450 grammes, longueur 50.

2 ^e jour. Poids : 3.300 gr.	6 ^e jour. Poids : 3.300 gr.
Léger épistaxis.	7 ^e » » 3.350 »
3 ^e jour. Poids : 3.250 gr.	8 ^e » » 3.380 »
Vomissements. Convulsions.	9 ^e » » 3.420 »
4 ^e jour. Poids : 3.200 gr.	10 ^e » » 3.470 »
On commence les injections rectales.	L'enfant sort le 3 septembre en excellent état.
5 ^e jour. Poids : 3.250 gr.	

OBSERVATION VIII.

(N^o 1668).

Marie M..., 20 ans, femme de chambre, Hpare.

1^{er} accouchement en 1883. Enfant vivant, né à terme.

Grossesse actuelle : Père différent.

Dernières règles : 15 au 18 janvier. Hauteur de l'utérus : 28 cent.

Pas d'albumine. Ne s'est pas reposée. Rupture prématurée des
membranes.

Expulsion du fœtus le 26 août.

Placenta : 485 grammes.

Enfant de 1.850 grammes. Longueur : 42 centimètres.

2 ^e jour. Poids : 1.795 gr.	7 ^e jour. Poids : 1.850 gr.
Œdème des jambes. Vomisse- ments.	8 ^e » » 1.860 »
3 ^e jour. Poids : 1.770 gr.	9 ^e » » 1.870 »
On commence les injections.	10 ^e » » 1.930 »
4 ^e jour. Poids : 1.800 gr.	11 ^e » » 1.980 »
5 ^e » » 1.815 »	12 ^e » » 2.010 »
6 ^e » » 1.840 »	L'œdème a disparu. L'enfant sort dans un état satisfaisant, le 6 septembre 1899.

OBSERVATION IX.

(N° 1705) *Albuminurique.*

Louise B..., 35 ans, confectionneuse, Ipare.

Mari bacillaire depuis 4 ans.

Dernières règles : 6 au 10 décembre. Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Serait dans le 9^e mois. Ne s'est pas reposée.

Traces d'albumine. Depuis le début de sa grossesse, hypertrophie du corps thyroïde.

Rupture prématurée des membranes. Expulsion du fœtus le 1^{er} septembre. Durée du travail : 5 heures environ. Placenta 430 grammes.

Fille de 2.270 gr. Longueur : 45 centimètres.

2^e jour, Poids : 2.270 gr.

7^e jour. Poids : 2.050 gr.

3^e » » 2.050 »

8^e » » 2.020 »

4^e » » 2.070 »

Deux injections rectales.

5^e » » 2.090 »

9^e » » 2.030 »

6^e » » 2.070 »

10^e » » 2.050 »

Etat médiocre.

OBSERVATION X.

(N° 1730) *Albuminurique.*

Louise B..., 33 ans, mécanicienne, Ipare.

Luxation congénitale double des hanches.

Réglée à 18 ans irrégulièrement.

Dernières règles : décembre. Hauteur de l'utérus : 31 cent.

Serait dans son 9^e mois. Ne s'est pas reposée.

Albumine.

Expulsion et délivrance normales. Durée du travail, 7 heures environ.

Placenta : 450 grammes. Membranes 25/4. Infarctus blancs dans les cotylédons.

Garçon de 2.590 grammes. Longueur : 45 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.400 gr.

7^e jour. Poids : 2.430 gr.

3^e » » 2.350 »

8^e » » 2.440 »

4^e » » 2.250 »

9^e » » 2.180 »

5^e » » 2.160 »

10^e » » 2.230 »

6^e » » 2.120 »

L'enfant sort le 15 en bon état.

On commence les injections.

OBSERVATION XI.

(N^o 1731).

Marie L., 32 ans, domestique, Ipare.

Dernières règles : 3 au 5 décembre. Hauteur de l'utérus : 32 centimètres, serait dans le 9^e mois. Se repose depuis 4 mois.

Pas d'albuminurie.

Procidence du cordon réduite difficilement. Bruits du cœur fœtal ralentis. Application de forceps.

Durée du travail : 41 heures environ.

Placenta 450 grammes.

Garçon de 3040 grammes. Longueur : 48. Couleur pâle.

2^e jour. Poids : 2.870 gr.

8^e jour. Poids : 2.590 gr.

3^e » » 2.800 »

9^e » » 2.640 »

4^e » » 2.700 »

10^e » » 2.700 »

5^e » » 2.610 »

11^e » » 2.760 »

6^e » » 2.560 »

12^e » » 2.800 »

7^e » » 2.480 »

L'œdème a disparu.

Œdème des pieds.

Sorti le 16, en bon état.

L'enfant tette mal. On lui fait deux injections.

OBSERVATION XII.

(N^o 1799).

Jeanne L., 49 ans, couturière, Ipare.

Dernières règles, 15 au 20 janvier. Hauteur de l'utérus, 30 centimètres, serait au 8^e mois de sa grossesse. Ne s'est pas reposée.

Pas d'albumine. Cœur : souffle présystolique à la pointe.

Expulsion le 14 septembre. Placenta : 500 gr.

Membranes 20/9.

Garçon de 2030 grammes. Longueur : 46 centimètres.

2 ^e jour. Poids : 1.920 gr.	11 ^e jour. Poids : 1.980 gr.
3 ^e » » 1.900 »	A la suite d'une tétée trop
4 ^e » » 1.850 »	longue, l'enfant est pris de
On commence les injections.	vomissements fréquents.
5 ^e jour. Poids : 1.860 gr.	12 ^e jour. Poids : 1.970 gr.
6 ^e » » 1.930 »	13 ^e » » 1.970 »
7 ^e » » 1.940 »	14 ^e » » 1.980 »
8 ^e » » 1.970 »	L'enfant part le 27 septem-
9 ^e » » 1.975 »	bre et entre au Pavillon des
10 ^e » » 1.975 »	Débiles, à la Maternité (1).

OBSERVATION XIII.

(N° 1815).

Lucie B..., 24 ans, modiste, Hpare.

1^{er} accouchement, à terme. Enfant mort à 13 jours, de cholérine.

Grossesse actuelle. Père différent.

Dernières règles : 15 au 20 décembre. Hauteur de l'utérus : 31 centimètres, serait dans le 9^e mois. Se repose depuis trois mois.

Pas d'albumine. Expulsion normale le 17 septembre.

Placenta : 410 grammes.

Enfant de 2.910 grammes. Longueur : 47 centimètres.

2 ^e jour. Poids : 2.800 gr.	6 ^e jour. Poids : 2.630 gr.
3 ^e » » 2.740 »	7 ^e » » 2.650 »
4 ^e » » 2.640 »	8 ^e » » 2.680 »
5 ^e » » 2.630 »	9 ^e » » 2.730 »
On commence les injections.	L'enfant sort le 26. Bon état.

OBSERVATION XIV.

(N° 1841).

Mathilde P..., 27 ans, couturière, Hpare.

Rhumatisante, souffle systolique à la pointe.

(1) Voir : observation IX prise au Pavillon des Débiles.

1^{er} accouchement normal. Enfant bien portant.

Grossesse actuelle. Même père.

Dernières règles : 19 au 21 janvier. Hauteur de l'utérus : 32 cent., serait au 8^e mois. Pas de repos. Pas d'albumine.

Rupture prématurée des membranes.

Expulsion du fœtus : normale, le 20 septembre.

Placenta, 290 grammes ; largement marginé. Grands sillons intercotylédonaires. Membranes 26 7. Brièveté du cordon : 34 centimètres.

Fille de 2150 grammes. Longueur : 45 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.050 gr.

7^e jour. Poids : 2.060 gr.

3^e » » 1.980 »

8^e » » 2.110 »

OEdème des pieds.

9^e » » 2.160 »

4^e jour. Poids : 1.940 »

L'oedème a disparu.

On commence les injections,

10^e jour. Poids : 2.180 gr.

5^e jour. Poids : 1.990 gr.

11^e » » 2.220 »

6^e » » 2.030 »

L'enfant sort le 30 septembre. Etat satisfaisant.

OBSERVATION XV.

(N^o 1949).

Caroline L..., 28 ans, cuisinière, Ipare.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

1^{er} accouchement normal. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. Dernières règles : 8 au 11 avril. Hauteur de l'utérus : 21 centimètres ; serait dans le courant du 7^e mois. Se repose depuis 8 jours.

Pas d'albumine. Rupture prématurée des membranes.

Expulsion du fœtus le 6 octobre. Durée du travail : 2 heures 30.

Placenta : 285 grammes. Membranes : 18/3.

Fille de 1120 grammes. Longueur : 38 centimètres. Débile. Couveuse.

2^e jour. Poids : 1.110 gr.

T. 35°4.

Pus dans les yeux.

On commence les injections

3^e jour. Poids : 1.020 gr.

rectales.

4 ^e jour. Poids : 4.070 gr.	7 ^e jour. Poids : 4.415 gr.
5 ^e » » 4.090 »	8 ^e » » 4.425 »
T. 36°5.	9 ^e » » 4.440 »
6 ^e jour. Poids : 4.400 gr.	L'enfant sort en meilleur état.

OBSERVATION XVI.

(N° 1956).

Berthe P..., 23 ans, choriste, Ipare.

Dernières règles, 5 au 11 janvier. Hauteur de l'utérus, 27 centimètres. Serait dans le 9^e mois. Pas d'albumine. Se repose depuis 40 jours.

Expulsion du fœtus le 7 octobre. Durée du travail 5 heures environ. Placenta : 430 grammes. Membranes : 25/8.

Garçon de 2.250 grammes. Longueur : 46 centimètres.

2 ^e jour. Poids : 2.150 gr.	7 ^e jour. Poids : 2.150 gr.
3 ^e » » 2.100 »	8 ^e » » 2.160 »
4 ^e » » 2.050 »	9 ^e » » 2.180 »
On commence les injections rectales.	10 ^e » » 2.200 »

Sort le 16 octobre en excellent état.

5 ^e jour. Poids : 2.120 gr.	
6 ^e » » 2.140 »	

OBSERVATION XVII.

(N° 1975) Gémellaire.

Blanche B..., 40 ans, ménagère, Xpare.

Mère morte tuberculeuse, très jeune.

Tous les accouchements antérieurs étaient à terme, sauf le second. Tous les enfants vivants, sauf deux : le second mort à 4 mois de débilité et le neuvième mort à 4 mois de diarrhée. Tous du même père.

Grossesse actuelle. Même père.

Dernières règles : 12 au 15 février. Hauteur de l'utérus, 39 ; ne s'est pas reposée. Serait au terme de 8 mois.

Pas d'albumine.

Les deux enfants sont expulsés par le siège le 9 octobre. Placenta bilobé, 830 grammes.

1^{er} garçon de 1.760 gr.

Longueur : 39 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.640 gr.

3^e » » 1.580 »

OEdème des membres inférieurs et du ventre. On commence les injections.

4^e jour. Poids : 1.620 gr.

5^e » » 1.640 »

6^e » » 1.650 »

L'oedème diminue.

7^e jour. Poids : 1.660 gr.

8^e » » 1.670 »

9^e » » 1.700 »

10^e » » 1.720 »

11^e » » 1.735 »

L'oedème a presque complètement disparu.

Les deux enfants sortent le 19, en bon état.

2^e fille de 2.180 gr.

Longueur : 45 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.050 gr.

3^e » » 2.000 »

4^e » » 1.950 »

On commence les injections.

5^e jour. Poids : 1.960 gr.

6^e » » 1.980 »

7^e » » 1.980 »

8^e » » 2.000 »

9^e » » 2.020 »

10^e » » 2.040 »

11^e » » 2.060 »

OBSERVATION XVIII.

(N^o 1996).

Fernande Ch..., 19 ans, couturière.

Dernières règles ?? Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Pas d'albumine. Ne s'est reposée que quelques jours. Expulsion du fœtus le 13 octobre.

Durée du travail : 11 h. 50 environ Suites fébriles du 3^e au 10^e jour. Curettage.

Placenta 450 grammes. Membranes : 24/11.

Garçon de 2.700 grammes; longueur 50 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.600 gr.

3^e » » 2.550 »

4^e jour. Poids : 2.700 gr.

5^e » » 2.740 »

6 ^e jour. Poids : 2.760 gr.	19 ^e jour. Poids : 2.720 gr.
7 ^e » » 2.730 »	On commence les injections rectales.
8 ^e » » 2.720 »	L'enfant ne tette toujours pas.
9 ^e » » 2.860 »	20 ^e jour. Poids : 2.750 gr.
10 ^e » » 2.830 »	21 ^e » » 2.780 »
11 ^e » » 2.905 »	22 ^e » » 2.790 »
12 ^e » » 2.980 »	23 ^e » » 2.830 »
13 ^e » » 2.870 »	24 ^e » » 2.860 »
14 ^e » » 2.920 »	25 ^e » » 2.900 »
15 ^e » » 2.970 »	26 ^e » » 2.930 »
16 ^e » » 2.980 »	L'enfant ne tette pas.
L'enfant ne tette pas.	La diarrhée et les vomissements ont cessé dès le second jour.
17 ^e jour. Poids : 2.900 gr.	L'enfant sort dans un état très satisfaisant.
Vomissements.	
18 ^e jour. Poids : 2.800 gr.	
Vomissements. Selles vertes.	

OBSERVATION XIX.

(N^o 2167) Gémellaire.

Clémentine R., 32 ans, domestique. IV^e pare, pas de jumeaux dans la famille. Mère hémiplégique.

Pleurésie à 26 ans.

Rien de particulier dans les grossesses antérieures. Tous les enfants à terme et bien portants, du même père.

Grossesse actuelle. Père différent.

Dernières règles : 15 au 19 mars. Hauteur de l'utérus : 34 centimètres. Serait dans son 8^e mois. Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine.

Rupture prématurée de la première poche. Expulsion du 1^{er} fœtus le 6 novembre à 11 h. 50. Expulsion du 2^e fœtus 10 minutes après. Durée totale du travail : quatre heures environ.

Placenta : 800 grammes.

1^{er} enfant de 1.990 grammes.

2^e enfant de 1.860 grammes.

Longueur : 42 centimètres.

Longueur : 42 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.900 grammes.

2^e jour. Poids : 1.760 gr.

3^e » » 1.810 »

3^e » » 1.670 »

4 ^e jour. Poids : 1.760 gr.	4 ^e jour Poids : 1.610 gr.
5 ^e » » 1.700 »	5 ^e » » 1.600 »
6 ^e » » 1.680 »	6 ^e » » 1.570 »
7 ^e » » 1.630 »	Ictère.
8 ^e » » 1.590 »	7 ^e jour. Poids : 1.580 »
9 ^e » » 1.530 »	8 ^e » » 1.570 »
On commence les injections rectales deux par jour de 10 gr.	On commence les injections.
10 ^e jour. Poids : 1.530 gr.	9 ^e jour. Poids : 1.580 gr.
11 ^e » » 1.550 »	10 ^e » » 1.590 »
12 ^e » » 1.580 »	11 ^e » » 1.620 »
	12 ^e » » 1.690 »

L'ictère s'efface.

Etat des deux enfants à la sortie : passable.

OBSERVATION XX.

(N^o 2335).

Mathilde B., 24 ans, domestique. Ipare.

Dernière règles : 11 au 13 mars (Coit unique le 26 mars).

Hauteur de l'utérus : 29 cent., serait au début du 9^e mois.

Pas d'albumine, se repose depuis 10 jours.

Utérus : petit fibrome de la grosseur d'une noix sur la face antérieure.

Expulsion du fœtus le 7 décembre. Durée du travail : 8 heures environ. Placenta : 370 grammes.

Garçon de 2140 grammes. Longueur : 44 centimètres.

2^e jour. Poids : 2020 grammes. Vomissements.

3^e jour. Poids : 1970 grammes.

4^e jour. Poids : 1910 grammes.

Hypothermie, Œdème. T. 35°2. On commence les injections.

5^e jour. Poids : 1910 grammes. Pouls avant l'injection : 116. Mou. Au moment de l'injection : 124. Agitation. Une demi-heure après : 104, mieux frappé.

6^e jour. Poids : 1920 grammes. T. 35°7.

Pouls avant l'injection : 120. Au moment de l'injection : 124. Une demi-heure après : 116.

7^e jour. Poids : 1960 grammes. T. 36°2.

Pouls avant : 120. Pendant l'injection : 128. Une demi-heure après : 128. Une heure après : 116.

8^e jour. Poids : 1980 grammes. T. 36°2

Pouls avant 112. Pendant l'injection 112. Une demi-heure après : 104. L'œdème a disparu.

9^e jour. Poids : 2020 grammes. T. 36°5.

Pouls au moment de l'injection : 120. Une demi-heure après l'injection : 120. Une heure après l'injection : 116, mieux frappé.

L'enfant sort pesant 2020 grammes en bon état.

OBSERVATION XXI.

(N° 2359) Albuminurique.

Amélie G..., 25 ans, cuisinière, Ipape.

Dernières règles : 20 au 28 mars. Hauteur de l'utérus : 24 (tête très engagée), serait au début du 9^e mois.

Albumine.

Rupture tardive des membranes (liquide vert).

Expulsion du fœtus le 7 décembre.

Placenta : 270 grammes. Infarctus blancs récents et anciens.

Membranes : 24/7.

La femme a eu jusqu'à 75 centigrammes d'albumine, pendant ses suites de couches.

Enfant de 1.540 grammes. Longueur 43 cent. en couveuse.

2 ^e jour. Poids : 1.520 gr.	12 ^e jour. Poids : 1.740 gr.
3 ^e » » 1.420 »	13 ^e » » 1.770 »
4 ^e » » 1.420 »	14 ^e » » 1.800 »
5 ^e » » 1.410 »	15 ^e » » 1.840 »
On commence les injections.	16 ^e » » 1.860 »
6 ^e jour. Poids : 1.510 gr.	17 ^e » » 1.890 »
7 ^e » » 1.530 »	On cesse les injections.
8 ^e » » 1.600 »	18 ^e jour. Poids : 1.910 gr.
9 ^e » » 1.670 »	19 ^e » » 1.970 »
10 ^e » » 1.670 »	20 ^e » » 1.980 »
11 ^e » » 1.690 »	21 ^e » » 2.010 »

22 ^e jour.	Poids : 2.020 gr.	Sort dans un état très satisfaisant.
23 ^e »	» 2.070 »	
24 ^e »	» 2.100 »	

OBSERVATION XXII.

(N^o 2372).

Marie-Louise R..., 17 ans, plumassière, Ipare.

Dernières règles : 5 au 8 avril. Hauteur de l'utérus : 32 cent.

Elle paraît être au 8^e mois de sa grossesse.

Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus, en siège décomplété (m. des fesses), le 10 décembre. Elle se termine par la manœuvre de Mauriceau.

Placenta : 460 grammes. Aspect Châteaubriant. Membranes : 27/4.

Fille de 2.220 grammes. Longueur : 42 centimètres. Aspect débile. Peau rouge uniforme. Mis en couveuse. Sein maternel. Les premiers jours, l'enfant ne tette pas. La succion est impossible (man. de Mauriceau).

2^e jour. Poids : 2.180 grammes.

(Œdème des jambes. Petite plaque de sclérème aux fesses.

Frictions au baume de Nerval.

3^e jour. Poids : 2.100 grammes.

Hypothermie. Deux bains aromatiques. Frictions. L'enfant commence à bien prendre le sein.

4^e jour. Poids : 2.090 grammes.

Ictère. Œdème des cuisses et du tronc.

On commence les injections rectales.

5^e jour. Poids : 2.110 grammes.

Pouls, avant l'injection : 96. Pendant : 100. Après : 100, bien mieux frappé. T. 36°1.

6^e jour. Poids : 2.150 grammes.

Pouls, avant l'injection : 104. Pendant : 112. Une 1/2 heure après : 100, bien frappé. T. 36°.

7^e jour. Poids : 2.170 grammes.

L'œdème diminue ; la peau est plus souple.

8^e jour. Poids : 2.180 grammes. T. 36°5.

On le retire de la couveuse. Il ne garde pas ses injections rectales.

9^e jour. Poids : 2170 grammes.

On le remet en couveuse. On fait des injections rectales plus chaudes, qu'il garde.

Pouls avant l'injection : 120. Pendant : 128. Après : 120.

10^e jour. Poids : 2.185 grammes.

Il sort le 19 novembre, état physique amélioré.

OBSERVATION XXIII.

(N^o 2402) Syphilis.

Marie M..., 26 ans, lingère, Vpare.

1^{er} accouchement en 1894, à 7 mois ; macéré.

2^e en 1896, à 7 mois 1/2 ; a vécu quelques instants.

3^e en 1897, à terme ; mort à 4 mois de diarrhée.

4^e en 1898, à six mois ; a vécu quelques instants.

Grossesse actuelle. Dernières règles : 8 au 13 mars.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres, serait au 9^e mois.

Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine.

(En 1894, trois mois après son mariage, elle a eu un chancre à la lèvre supérieure, a duré de quatre à six semaines, pendant lesquelles elle s'est soignée. Plus de soins depuis. La cicatrice est visible sur le pli labial médian.)

Membranes rompues. Expulsion du fœtus le 13 décembre. Durée du travail : 3 heures environ.

Placenta : 520 grammes. Aspect Châteaubriant.

Enfant de 2.450 grammes. Longueur : 44 centimètres.

Chétif. Bulles de pemphigues aux mains.

2^e jour. Poids : 2.300 gr.

6^e jour. Poids : 2.050 gr.

3^e » » 2.230 »

On commence les injections.

4^e » » 2.210 »

7^e jour. Poids : 2.070 gr.

Au coude une grosse bulle de pemphigus.

8^e » » 2.100 »

9^e » » 2.150 »

5^e jour. Poids : 2.110 gr.

10^e » » 2.200 »

Léger mæléna.

Il sort en meilleur état.

OBSERVATION XXIV.

(N^o 2414) Gémellaire.

Georgette M..., 33 ans, couturière, Hpare.

A marché tard. 1^{er} accouchement normal. Enfant mort à 3 ans.

Grossesse actuelle. Père différent. Dernières règles : 1 au 6 mai.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres. Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine.

Expulsion du 1^{er} fœtus le 16 décembre à 8 heures. Le 2^e dix minutes après. Placenta cordiforme séparé en deux masses probablement pendant le travail 350 grammes et 300 grammes.

1^o Garçon. Poids : 1.750 gr. Longueur : 41, en couveuse.

2^o Fille. Poids : 1.370 gr. Longueur : 38, en couveuse.

2^e jour. Poids : 1.700 gr.

2^e jour. Poids : 1.370 gr.

3^e » » 1.660 »

3^e » » 1.300 »

4^e » » 1.580 »

4^e » » 1.270 »

5^e » » 1.550 »

5^e » » 1.250 »

6^e » » 1.480 »

6^e » » 1.200 »

7^e » » 1.450 »

Injectons qu'elle ne garde pas.

Vomissements. Diarrhée. Hypothermie.

7^e jour. Poids : 1.160 gr.

8^e jour. Poids : 1.410 gr.

8^e » » 1.130 »

9^e » » 1.330 »

9^e » » 1.050 »

Erythème fessier. Diarrhée.

Elle garde ses injections.

10^e jour. Poids : 1.310 gr.

10^e jour. Poids : 1.050 gr.

11^e » » 1.250 »

11^e » » 1.050 »

On essaie les injections rectales qu'il ne garde pas.

12^e » » 1.000 »

12^e jour. Poids : 1.210 gr. T. 31°.

Morte le 28 à 6 heures du matin.

Injectons rectales, rejetées le matin, gardées le soir.

13^e jour. Poids : 1.200 gr. T. 30°7.

14^e » » 1.200 » T. 32°.

15^e » » 1.150 » T. 32°1.

16^e » » 1.100 » T. 29°2

Mort le 31 décembre à 9 heures du soir.

OBSERVATION XXV.

(N° 2440).

Gabrielle V..., 34 ans, giletière, Iipare, a marché à 4 ans 1/2.

1^{er} Accouchement à terme. Enfant vivant.

Bassin rétréci : 10.8 (P.s.p.).

Grossesse actuelle. Père différent. Dernières règles du 12 au 13 avril. Hauteur de l'utérus : 30 centimètres. Ne s'est pas reposée. Pas d'albumine. Expulsion du fœtus le 20 décembre. Placenta : 450 grammes. Membranes : 25/5.

Enfant de 1.850 grammes. Longueur : 44 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.800 gr.

7^e jour. Poids : 1.740 gr.

3^e » » 1.700 »

8^e » » 1.750 »

Ictère. Selles fétides.

9^e » » 1.780 »

4^e » » 1.680 »

10^e » » 1.800 »

On commence les injections.

11^e » » 1.830 »

5^e jour. Poids : 1.720 gr.

L'enfant sort le 30 décembre

6^e » » 1.730 »

en bon état.

OBSERVATION XXVI.

(N° 29) Gémellaire.

Adrienne L..., 31 ans, domestique, Iipare. Sa mère a eu une grossesse gémellaire.

Abcès froids du cou à 11 ans. Ostéite du fémur à 18 ans, boîte depuis.

Dernières règles : 8 au 12 avril. Hauteur de l'utérus : 47 centimètres.

Elle serait dans son 9^e mois. Repos de six semaines. Pas d'albumine.

Expulsion du 1^{er} fœtus, le 6 janvier ; du 2^e fœtus 15 minutes après. Le 2^e naît en état de mort apparente. Il est très pâle et froid. Sa circulation périphérique ne se rétablit que très lentement. Mis en couveuse.

1^{er} Garçon de 3.020 gr.

2^e Garçon de 2.230 gr.

Longueur : 48 centimètres.

Longueur : 47 centimètres.

2^e jour. Poids : 2.730 gr.

3^e » » 2.780 »

4^e » » 2.780 »

Injectons rectales.

5^e jour. Poids : 2.850 gr.

6^e » » 2.900 »

7^e » » 2.980 »

On cesse les injections.

8^e jour. Poids : 3.000 gr.

9^e » » 3.030 »

10^e » » 3.070 »

11^e » » 3.100 »

2^e jour. Poids : 2.120 gr.

3^e » » 2.070 »

4^e » » 2.000 »

Injectons rectales.

5^e jour. Poids : 2.120 gr.

6^e » » 2.180 »

7^e » » 2.230 »

8^e » » 2.220 »

9^e » » 2.250 »

10^e » » 2.280 »

11^e » » 2.300 »

Ils sortent tous deux en bon état le 16 janvier.

OBSERVATION XXVII.

(N^o 66) Gémellaire.

Augustine H..., 17 ans, fleuriste, Ipape, a deux sœurs jumelles.

Dernières règles : ?... Hauteur de l'utérus : 37 centimètres.

Se repose depuis le début de la grossesse. Pas d'albumine.

Expulsion du 1^{er} fœtus, le 11 janvier ; du 2^e fœtus, 15 minutes après. Durée totale du travail : 42 heures environ.

Placenta : 650 grammes. Membranes : 33/4.

1^o Fille de 1800 gr.

Longueur : 41 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.650 gr.

3^e » » 1.520 »

Injectons rectales.

4^e jour. Poids : 1.630 gr.

5^e » » 1.730 »

On cesse les injections.

6^e jour. Poids : 1.730 gr.

7^e » » 1.700 »

8^e » » 1.690 »

On reprend les injections.

9^e jour. Poids : 1.700 gr.

10^e » » 1.720 »

2^o Fille de 1.700 gr.

Longueur : 40 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.590 gr.

Œdème des membres inférieurs.

3^e jour. Poids : 1.440 gr.

Hypothermie. Poids : 96.

Injectons rectales.

Poids pendant l'injection : 120.

Poids après l'injection : 110

4^e jour. Poids : 1.610 gr.

5^e » » 1.680 »

6^e » » 1.690 »

7^e » » 1.690 »

L'œdème diminue.

8^e jour. Poids : 1.720 gr.

9^e » » 1.750 »

10^e » » 1.780 »

Ils sortent le 20 janvier en bon état.

OBSERVATION XXVIII.

(N^o 67).

Héloïse D. . . 39 ans, domestique, Ipare.

Dernières règles : Juin ?? Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Serait dans le cours du 7^e mois environ. Pas d'albumine. Fibrome, gros comme une mandarine, sur la partie antérieure du fond de l'utérus. Hémorrhagies, en août et septembre.

Expulsion du fœtus le 11 janvier.

Placenta : 400 grammes. Infarctus blanc.

Enfant de 1.930 grammes. Longueur : 43 centimètres.

2 ^e jour. Poids : 1.850 gr.	8 ^e jour. Poids : 1.800 gr.
3 ^e » » 1.800 »	9 ^e » » 1.800 »
Subictère. T. 35°3.	10 ^e » » 1.810 »
4 ^e jour. Poids : 1.770 gr.	11 ^e » » 1.840 »
On commence les injections rectales.	12 ^e » » 1.860 »
	13 ^e » » 1.900 »
5 ^e jour. Poids : 1.770 gr.	14 ^e » » 1.930 »
6 ^e » » 1.780 »	15 ^e » » 1.960 »
7 ^e » » 1.790 »	

Dans cette observation, la température prise une 1/2 heure après l'injection du matin, a, dans la majorité des cas, été supérieure de 2 ou 3 dixièmes, à la température, prise le matin, avant l'injection.

L'enfant sort le 26, en bon état.

OBSERVATION XXIX.

(N^o 108).

Eugénie C..., 21 ans, domestique, Ipare.

1^{er} Accouchement à terme, forceps, mort-né.

Grossesse actuelle : Même père ; a eu les fièvres paludéennes.

Dernières règles, 26 au 28 août ? Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Se repose depuis un mois. Pas d'albumine.

Expulsion du fœtus le 17 janvier. Durée du travail : 10 heures environ. Bosse séro-sanguine énorme.

Placenta : 460 grammes. Déchiqueté, caduque épaissie.

Membranes 23/2 (rupture prématurée).

Fille de 1940 grammes. Longueur : 45 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.850 gr.

6^e jour. Poids : 1.780 gr.

3^e » » 1.750 »

7^e » » 1.790 »

Vomissements. Mise en coucheuse.

8^e » » 1.810 »

9^e » » 1.840 »

4^e jour. Poids : 1.720 gr.

10^e » » 1.860 »

Injectons rectales, matin et soir.

Sort le 28 janvier.

Etat satisfaisant.

5^e jour. Poids : 1.760 gr.

OBSERVATION XXX.

(N^o 120).

Marthe M..., 20 ans, fleuriste, Ipere.

Dernières règles, 20 au 22 avril. Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Pas d'albumine. Ne s'est pas reposée. Serait dans le cours du 9^e mois. Rupture prématurée des membranes.

Expulsion du fœtus le 20 janvier. Durée du travail : 13 heures environ. Placenta 410 grammes. Membranes : 29/6.

Enfant de 2.050 grammes. Longueur : 48 centimètres.

2^e jour. Poids : 1.920 gr.

7^e jour. Poids : 1.835 gr.

3^e » » 1.830 »

8^e » » 1.860 »

4^e » » 1.780 »

9^e » » 1.880 »

5^e » » 1.770 »

10^e » » 1.920 »

On commence les injections.

Sort le 29 janvier.

6^e jour. Poids : 1.810 gr.

Etat physique : passable.

OBSERVATION XXXI.

(N° 132)

Marie B. . . , 38 ans, couturière, IVpare. Même père pour toutes les grossesses.

1° En 1891, avortement de 2 mois. 2° Avortement à ? 3° En 1898, à terme, garçon vivant.

Grossesse actuelle. Dernières règles : 24 au 27 avril. Hauteur de l'utérus : 29 centimètres. Pas d'albumine. Ne s'est pas reposée. Expulsion du fœtus le 22 janvier. Durée du travail : 7 heures environ. Placenta : 320 grammes.

Membranes : 26/9.

Fille de 1.900 grammes. Longueur : 53 cent. En couveuse.

2° jour. Poids : 1.890 gr. 6° jour. Poids : 1.680 gr.

4° " " 1.760 " 7° " " 1.710 "

Cyanose. Extrémités froides. 8° " " 1.735 "

4° jour. Poids : 1.640 gr. 8° " " 1.770 "

5° " " 1.610 " Il sort le 30 janvier bien portant.

On commence les injections.

OBSERVATION XXXII.

(N° 2429).

H. . . Delphine, 30 ans, relieuse, Ipare.

Père mort d'une affection de la hanche (?). Mère morte d'apoplexie.

A marché à 2 ans 1/2. A 4 ans, apparaît une déformation vertébrale. Elle ne peut plus marcher jusqu'à 7 ans.

Réglée à 25 ans : irrégulièrement.

Bronchites à répétitions.

Etat actuel. Poumons : Submatité au sommet gauche.

Cœur : premier bruit soufflant à la pointe.

Bassin : Rétrécissement considérable et général.

Squelette : Cypho-scoliose dorso-lombaire.

Grossesse. Dernières règles du 2 au 8 mars.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Cours du 9° mois.

Pas d'albumine.

En présence des accidents cardio-pulmonaires que présente cette femme et du rétrécissement considérable du bassin, M. Pinard décide une laparotomie et une hystérotomie, suivie d'une hystérectomie.

Extraction du fœtus le 18 décembre.

Placenta 300 grammes.

Garçon du poids de 1720 grammes. En couveuse.

2 ^e jour. Poids : 1.670 gr.	20 ^e jour. Poids : 1.630 gr.
3 ^e » » 1.650 »	21 ^e » » 1.640 »
4 ^e » » 1.620 »	22 ^e » » 1.660 »
Jusqu'au 13 ^e jour le poids augmente en moyenne de 10 grammes par jour.	Pas d'injections.
13 ^e jour. Poids : 1.740 gr.	23 ^e jour. Poids : 1.630 »
14 ^e » » 1.740 »	24 ^e » » 1.630 »
15 ^e » » 1.660 »	2 injections rectales.
16 ^e » » 1.660 »	25 ^e jour. Poids : 1.640 gr.
17 ^e » » 1.630 »	26 ^e » » 1.650 »
18 ^e » » 1.630 »	27 ^e » » 1.650 »
19 ^e » » 1.620 »	28 ^e » » 1.660 »

On fait deux injections rectales (10 grammes).

L'enfant sort le 16 janvier et rentre au Pavillon des Débiles, de la Maternité (1).

C. Observations prises à la Maternité de Paris (service de M. le D^r PORAK, accoucheur en chef). Pavillon des Débiles (inédites).

OBSERVATION I.

Comb... Alice, née à l'Hôpital St-Antoine, le 3 décembre 1899.

Apportée le 12 décembre.

Renseignements : coryza dès le 1^{er} jour.

Poids à la naissance : 2.030 grammes.

(1) Voir observation VI recueillie au Pavillon des Débiles.

Ictère. Suintement à la cicatrice ombilicale.

Malgré quelques oscillations, le poids augmente jusqu'au 18^e jour de son séjour. T. : 35°8. P. : 1.985. La température a oscillé entre 35°4 et 36°4.

Les selles ont été mixtes, puis vertes glaireuses, puis jaunes.

Le coryza subsiste toujours.

Du 19^e au 26^e jour, le poids oscille entre 1.975 et 1.995 grammes.

La température entre 36° et 36°8.

Les selles sont jaunes. Toujours du coryza.

26^e jour. Température : 36°. Poids : 1.995 grammes.

On commence les injections de sérum.

27^e jour. Température : 35°6. Poids : 2.000 grammes.

28^e » » 36°2. » 2.010 »

29^e » » 36°5. » 2.025 »

30^e » » 36°3. » 2.038 »

On augmente la quantité de lait de 50 grammes. L'enfant vomit après la tétée.

31^e jour. Température : 36°3. Poids : 2.000 grammes.

32^e » » 36°3. » 2.000 »

33^e » » 36°2. » 2.015 »

Le 34^e jour, l'enfant se cyanose. Température : 35°9. Poids : 1.970 grammes.

35^e jour. Température : 35°8. Poids : 1.995 grammes.

36^e » » 36°4. » 1.950 »

Il meurt le 17 janvier. A l'autopsie, foie volumineux.

OBSERVATION II.

Ru... Marguerite, née à la Maternité le 6 décembre 1899.

Apportée le 19 décembre. Présente de l'ictère et du suintement de la cicatrice ombilicale. Poids à la naissance : 1.750 grammes.

A l'entrée : 1.640 grammes. Température : 32°.

2^e jour. Poids : 1.590 gr. Température : 36°4 (selles vertes).

4^e » » 1.620 » » 36°2.

5^e » » 1.600 » » 36° (1 selle mixte, mal digérée).

7^e jour. Poids : 1.625 gr. Température : 35° (1 selle verte).

9^e » » 1.635 » » 35°7 (cyanose, oxygène, bains).

11^e jour. Poids : 1.650 grammes. Température : 36°7.

12^e » » 1.600 » » 36°9 (2 selles vertes, glaireuses).

On commence les injections de sérum.

13^e jour. Poids : 1.590 grammes. Température : 36° (1 selle verte non digérée).

14^e jour. Poids : 1.600 grammes. Température : 35°7.

15^e » » 1.640 » » 35°9.

16^e » » 1.570 » » 35°7.

17^e » » 1.580 » » 37°2.

18^e » » 1.530 » » 36°.

Dans la nuit, l'enfant s'est cyanosé.

Morte le 3 janvier 1900.

OBSERVATION III.

Coul... James, sexe masculin, né le 16 décembre 1899, à la Maternité. Apporté le 26 décembre.

Cordon tombé. Pus à l'œil gauche.

Poids initial : 1.950 grammes. Poids à l'entrée : 1.820 grammes. T. 35°3.

2^e jour de son séjour. T. 35. P. 1.780 grammes.

Jusqu'au 16^e jour le poids augmente avec quelques oscillations.

La température reste aux environs de 36°4.

16^e jour. Température : 36°4. Poids : 1.930 gr. Selles vertes.

17^e » » 36°3. » 1.910 » Selles vertes.

18^e » » 36°3. » 1.910 » Selles vertes.

19^e » » 36°2. » 1.920 » 1 selle jaune.

Le poids se maintient trois jours à 1.920 grammes. Température : 36°2.

21^e jour, le poids toujours : 1.920 grammes, on commence les injections de sérum. Température : 36°9.

22^e jour. Poids : 1.970 grammes. Température : 36°.

L'enfant est brûlé à la jambe gauche par une boule et présente une plaie assez étendue.

23^e jour. Poids : 1.970 grammes. Température : 36°1.

24^e » » 2.005 » » 36°3.

Les selles tantôt mixtes, tantôt vertes.

25^e jour. Poids : 1.975 grammes. Température : 36°2.

A l'auscultation quelques petits râles à la base gauche.

26^e jour. Même poids, même température.

27^e jour. Poids : 1.965 grammes. Température : 37°2.

28^e » » 1.975 » » 36°4.

29^e » » 2.005 » » 36°4.

34^e jour, c'est-à-dire 5 jours après, l'enfant demeure dans le service. Son poids se maintient à 2 000 ou 2,005 grammes ; sa température entre 36°1 et 36°4.

OBSERVATION IV.

Lep... Clotilde, née à la clinique Tarnier le 26 septembre.

Apportée le 3 janvier âgée de 3 mois et 11 jours.

Poids à l'entrée : 1750 grammes. T. 33°.

2^e jour. Poids : 1.630 grammes. Température : 34°5.

Coryza.

3^e jour. Poids : 1.620 » » 34°6.

4^e » » 1.635 » » 35°.

Se cyanose en tétant.

5^e jour. Poids : 1.650 » » 35°.

On commence les injections rectales.

6^e jour. Poids : 1.670 grammes. Température : 35°8.

7^e » » 1.680 » » 36°6.

8^e » » 1.720 » » 35°4.

9^e » » 1.735 » » 35°9.

10^e » » 1.735 » » 36°.

11^e » » 1.735 » » 37°5.

12^e » » 1.740 » » 37°8.

On cesse les lavements.

13^e jour. Poids : 1.745 grammes. Température : 38°4.

14^e » » 1.760 » » 37°.

Râles dans les bases.

15^e jour. Poids : 1.790 grammes. Température : 37°.

16^e » » 1.765 » » 37°8.

Gros ventre.

17^e jour. Poids : 1.800 grammes. Température : 37°3.

Morte le 21 janvier.

A l'autopsie. Gros foie. Congestion diffuse.

OBSERVATION V.

Ler... Alcide, 2^e jumeau, né en ville le 11 janvier. Apporté le 13 janvier. Poids à l'entrée : 1900 grammes. Temp. : 34°.

2^e jour. Poids : 1.900 grammes. Température : 35°2.

3^e » » 1.900 » » 35°2.

Subictère.

On commence les injections rectales.

Poids : 1.905 grammes. Température : 36°2.

5^e jour. Poids : 1.915 grammes. Température : 37°2.

6^e » » 1.955 » » 37°4.

7^e » » 1.930 » » 35°4.

8^e » » 1.925 » » 35°6.

Pas d'injection.

3^e jour. Poids : 1.950 » » 36°.

Pas d'injection.

10^e jour. Poids : 1.880 » » 36°4.

On reprend les injections.

11^e jour. Poids : 1.890 grammes. Température : 36°4.

12^e » » 1.920 » » 36°2.

13^e » » 1.900 » » 36°.

14^e » » 1.900 » » 35°7.

Pas de sérum.

15^e jour. Poids : 1.895 grammes. Température : 36°2.

16^e » » 1.915 » » 36°.

17^e » » 1.890 » » 36.

Une injection de sérum.

18^e jour. Poids : 1.915 grammes. Température : 35°8.

Quelques râles des deux côtés avec maximum à droite.

L'enfant demeure dans le service.

OBSERVATION VI.

Hén... Suzanne, née à la clinique de Baudelocque le 18 décembre. Apportée le 16 janvier.

(Voir le numéro XXXII des observations de Baudelocque.)

L'enfant est pâle. Poids initial 1.700 grammes. A l'entrée : 1.660 grammes. Température : 35°.

Elle a déjà été soumise à Baudelocque aux injections rectales de sérum, on continue ici.

2^e jour. Poids : 1.625 grammes. Température : 36°2.

3^e jour. Poids : 1.660 grammes. Température : 35°5.

4^e » » 1.620 » » 36°4.

On ne fait pas d'injections.

5^e jour. Poids : 1.700 grammes. Température : 35°3.

Pas d'injections.

6^e jour. Poids : 1.700 » » 36°

Injections.

7^e jour. Poids : 1.700 » » 36°.

8^e » » 1.710 » » 37°3.

9^e » » 1.675 » » 36°.

10^e jour. Poids : 1.700 » » 36°.

11^e » » 1.715 » » 36°2.

12^e » » 1.725 » » 35°7.

On cesse les injections.

13^e jour. Poids : 1.735 » » 36°.

14^e » » 1.740 » » 36°.

15^e » » 1.790 » » 35°2.

16^e » » 1.795 » » 36°2.

L'enfant demeure dans le service.

OBSERVATION VII.

Dur... sexe féminin, née en ville, le 22 décembre, apportée le même jour. Paupières gonflées (nitrate d'argent). Poids : 1.970 gr
Température : 35°2.

6^e jour. Poids : 1.915 grammes. Température : 35°8.

Ictère.

8^e » » 1.895 » » 35°.

Le poids augmente ensuite, jusqu'au

17^e jour. Poids : 1.980 grammes. Température : 35°4.

18^e » » 1.930 » » 36°2.

19^e » » 2.000 » » 36°2.

Du 19^e jour le poids augmente par moyenne de 20 grammes jusqu'au

36^e jour. Poids : 2.395 grammes. Température : 36°4.

37^e » » 2.390 » » 36°3.

38^e » » 2.390 » » 36°.

39^e » » 2.390 » » 36°.

40^e » » 2.390 » » 36°4.

41^e » » 2.390 » » 36°4.

42^e » » 2.375 » » 36°7.

43^e » » 2.350 » » 36°4.

L'enfant tousse. Cyanose. On commence les injections rectales

44^e jour. Poids : 2.400 grammes. Température : 36°2.

45^e » » 2.375 » » 37°7.

46^e » » 2.380 » » 36°9.

On cesse les injections.

47^e jour. Poids : 2.370 grammes. Température : 36°9.

Quelques râles disséminés.

48^e jour. Poids : 2.380 grammes. Température : 36°2.

49^e » » 2.400 » » 36°8.

50^e » » 2.415 » » 36°6.

Quelques râles sibilants.

53^e jour. Poids : 2.330 grammes. Température : 36°.

54^e » » 2.375 » » 36°.

55^e jour. Poids : 2.400 grammes. Température : 36°4
59^e » » 2.470 » » 36°4.

L'enfant reste au Pavillon.

OBSERVATION VIII

K... Suzanne, née à la Maternité le 6 décembre.

Poids initial : 1650 grammes. A l'entrée : 1630 grammes.

Elle augmente de 70 grammes en 10 jours, puis après quelques fluctuations, reste deux jours stationnaire.

11^e jour. Poids : 1.700 grammes. Température : 37°.

12^e » » 1.700 » » 36°4

Injectons rectales de sérum.

13^e jour. Poids : 1.725 grammes. Température : 36°2

14^e » » 1.730 » » 36°3.

15^e » » 1.770 » » 36°3.

16^e » » 1.800 » » 36°6.

17^e » » 1.835 » » 36°.

On cesse les injections.

18^e » » 1.850 » » 36°4.

19^e » » 1.860 » » 36°7.

L'enfant a du coryza. Tousse, est mise à l'isolement.

20^e jour. Poids : 1.870 grammes. Température : 36°4.

Cyanose.

21^e jour. Poids : 1.775 grammes. Température : 36°2.

Morte le 8 janvier 1900.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION IX.

Lem..., sexe masculin, né à Baudelocque (Voir le n° XII des observations de Baudelocque), y a été traité pendant une dizaine de jours, par les injections rectales de sérum artificiel ; il a augmenté, régulièrement jusque-là.

Il pèse à l'entrée au Pavillon des Débiles 1980 grammes.

Il diminue pendant les premiers jours.

2^e jour. Poids : 1.975 grammes. Température : 34°6.

3^e » » 1.965 » » 36°.

4^e » » 1.925 » » 36°.

5^e » » 1.930 » » 35°.

6^e » » 1.925 » » 35°6.

Après ces oscillations il remonte les jours suivants, jusqu'au 18^e jour. Poids : 2.075 grammes. Température : 35°9.

23^e » » 2.100 » » 36°2.

30^e » » 2.225 » » 36°3.

Il part le 25 octobre en bon état.

OBSERVATION X.

Cet enfant se trouve aux Débiles depuis 5 mois 1/2. Il est né à Baudelocque le 9 août et a été apporté le 16 août au Pavillon.

L'enfant a tout l'aspect de l'athrepsique. Figure ridée, simiesque, menton pointu, couleur terreuse, etc.

Voici l'observation relative à sa naissance à Baudelocque (N° 1529).

Lef... Jeanne, 20 ans, blanchisseuse, Hpare.

Le 1^{er} accouchement à 7 mois (1), garçon de 1.900 grammes élevé au sein maternel, mort à un an de méningite tuberculeuse.

Grossesse actuelle. Père différent. Dernières règles : 12 au 15 décembre. Pas d'albumine.

L'expulsion du fœtus et la délivrance se sont faites dans la voiture qui amenait la femme à Baudelocque. Enfant de 1780 grammes. Placenta de 340 grammes.

2^e jour. Poids : 1.620 grammes.

3^e » » 1.550 »

4^e » » 1.550 »

5^e » » 1.520 »

6^e » » 1.550 »

7^e » » 1.560 »

8^e » » 1.560 »

(1) D'après des renseignements récents, cette femme vient de faire un nouvel avortement à 2 mois 1/2.

Elle sort de Baudelocque, pour entrer aux Débiles (N° 250).

A son entrée, poids : 1.530 grammes. Température : 35°2.

2^e jour. Poids : 1.530 grammes. Température : 35°2.

7^e » » 1.470 » » 36°2.

13^e » » 1.535 » » 36°4.

19^e » » 1.500 » » 36°.

20^e » » 1.500 » » 36°6.

21^e » » 1.480 » » 36°5.

22^e » » 1.480 » » 36°7.

23^e » » 1.500 » » 36°3.

27^e » » 1.480 » » 36°2.

Cyanose (oxygène).

Elle tette paresseusement : gavage.

Injection hypodermique de 10 cc. Bains salés.

Jusqu'au 33^e jour le poids se maintient autour de 1.475 grammes. La température entre 35°8 et 36°4.

Du 33^e au 36^e jour. Poids moyen : 1.500 grammes. Température moyenne : 63°5.

37^e et 38^e jours. Poids : 1.500 grammes. Température moyenne : 36°4.

On fait boire l'enfant au verre.

50^e jour. Poids : 1.670 grammes. Température : 36°. L'enfant est mis en couveuse ouverte.

51^e jour. Poids : 1.665 grammes. Température : 36°8. On le sort de couveuse.

52^e jour. Poids : 1.665 grammes. Température : 36°9.

Cyanose. Oxygène.

53^e et 54^e jours. Poids : 1.670 grammes. Température : 36°2.

Il tète un peu.

55^e jour. Poids : 1.635 grammes. Température : 35°2.

56^e » » 1.685 » » 36°5.

L'enfant est pâle. Oxygène.

58^e jour. Poids : 1.620 grammes. Température : 36°1.

61^e » » 1.570 » » 36°.

X gouttes de rhum. Injections hypodermiques de sérum. On les

continue les jours suivants. Lavage de l'intestin. Selles vertes et mixtes.

63^e jour. Poids : 1.625 grammes. Température : 35°3.

64^e » » 1.600 » » 36°2.

On donne de la peptone Ch.

65^e jour. Poids : 1.615 grammes. Température : 36°2.

Peptone continuée les jours suivants.

66^e jour. Poids : 1.615 grammes. Température : 36°2.

67^e » » 1.650 » » 39°6.

69^e » » 1.600 » » 36°8.

70^e » » 1.615 » » 36°1.

72^e » » 1.645 » » 36°2.

73^e » » 1.630 » » 36°3.

74^e » » 1.665 » » 36°4.

On donne de la peptone. L'enfant tousse.

75^e jour. Poids : 1.700 grammes. Température : 36°3.

Enfant très pâle. Quelques râles. Bains sinapisés.

On continue la peptone.

18^e jour. Poids : 1.760 grammes. Température : 36°3.

On cesse les peptones.

79^e jour. Poids : 1.700 grammes. Température : 36°.

82^e » » 1.635 » » 34°4.

Le ventre est gros, ballonné. Lavage de l'intestin.

86^e jour. Poids : 1.670 grammes. Température : 36°.

3 selles jaunes fétides.

On donne de l'acide lactique pendant 4 jours. Les selles redeviennent normales.

92^e jour. Poids : 1.630 grammes. Température : 36°2.

Selles fétides. Solutions iodées : 10 grammes pendant 4 jours.

Les selles redeviennent normales.

90^e jour. Poids : 1.720 grammes. Température : 36° (selle glaireuse).

97^e jour. Poids : 1.630 grammes. Température : 36°.

2 selles jaunes fétides. 1 cuillerée à café d'huile d'olive.

99^e jour. On le change de nourrice.

100^e jour. Coryza.

Après quelques fluctuations, le poulx monte progressivement jusqu'au ;

113^e jour. Poids : 1.725 grammes. Température : 36°5.

114^e » » 1.695 » » 36°2.

116^e » » 1.710 » » 37°.

On fait pendant 4 jours des injections de 5 cc. de sérum de lait.

120^e jour. Poids : 1.750 grammes. Température : 35°3.

121^e » » 1.700 » » 36°4.

Se maintient autour de 1.700 grammes pendant 4 jours.

125^e jour. Poids : 1.725 grammes.

On lui donne 5 gouttes de pancréatine.

126^e jour. Poids : 1.730 grammes. Température : 36°2.

10 gouttes de pancréatine. L'enfant vomit.

127^e jour. Poids : 1.690 grammes. Température : 37°6.

Lavage intestinal. Selles glaireuses et vertes.

128^e jour. Poids : 1.675 grammes. Température : 36°4.

Selles mal digérées.

131^e jour. Poids : 1.640 grammes. Température : 36°2.

132^e » » 1.640 » » 37°.

Saignements de nez.

133^e jour. Poids : 1.660 grammes. Température : 35°9.

134^e » » 1.660 » » 36°3.

On commence les injections rectales à petites doses.

135^e jour. Poids : 1.640 grammes. Température : 35°3.

136^e » » 1.640 » » 36°5.

137^e » » 1.700 » » 36°5.

138^e » » 1.715 » » 36°.

Coryza.

139^e jour. Poids : 1.690 grammes. Température : 36°8.

140^e » Même poids. » 35°9.

141^e » Poids : 1.665 » » 35°6.

142^e » » 1.670 » » 36°2.

143^e » » 1.670 » » 36°2.

144^e » » 1.700 » » 36°4.

On fait deux injections rectales par jour.

145^e jour. Poids : 1.690 grammes. Température : 36°7.

146^e » » 1.665 » » 36°7.

147^e » » 1.690 » » 36°.

On fait une seule injection.

148^e jour. Poids : 1.660 grammes. Température : 36°1.

On cesse les injections.

Le poids se maintient pendant une huitaine de jours autour de 1675 grammes. Il monte le 157^e jour à 1700 où il se maintient actuellement.

Le 157^e jour, il tousse. Le 158^e jour, il a de l'otite droite.

Le 160^e jour, otite des deux côtés.

Le 161^e jour, son poids est à 1.725 grammes.

L'enfant est encore actuellement dans le service.

CONCLUSIONS

I. — De ce qui précède, nous pouvons induire et affirmer l'action positive et constante produite sur l'organisme des nouveau-nés, par les injections *rectales* de sérum artificiel à petites doses répétées.

α) Dans la débilité congénitale.

Cette méthode répond aux indications précises de cet état et associée aux modes rationnels de traitement actuellement en usage, elle constitue un adjuvant actif et sans inconvénient.

β) Dans la débilité acquise.

Appliquée systématiquement dans les conditions que nous avons fixées, cette méthode se montre prophylactique. Elle est curative, dans les formes légères de la débilité.

Au cours des formes graves, elle joue le rôle d'excitant momentané, de coups de fouet, qui permettent à l'organisme, « en l'aidant à passer un moment difficile », de reprendre peu à peu le cours normal de son développement. Dans les affections incurables, dans l'athrepsie confirmée, elle prolonge la vie, résultat qui n'a qu'une valeur sentimentale.

II. — La méthode hypodermique, au contraire, présente de grands inconvénients.

Voici, résumées, ses contre-indications dans le traitement de la débilité :

1° Fragilité et mauvais fonctionnement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, chez les débiles (œdème, sclérème, etc.) ;

2° Inconvénient de créer dans ces téguments des plaies, si petites qu'elles soient, sujettes à toutes les complications. L'infection a des portes d'entrée, déjà trop nombreuses ;

3° Difficulté de la technique pour des mains inexpertes ;

4° Impossibilité de répéter souvent ces injections. L'élément douleur est à considérer ;

5° Prudence dont il faut user dans l'emploi de cette méthode chez les tuberculeux (Hutinel) et danger réel pour un cas moins fréquent : l'hémophilie.

Opposées aux injections hypodermiques les injections rectales constituent donc une méthode de choix.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne).